

MÁRCIO FILIPE MONIZ TAVARES

**Transição para a parentalidade e a saúde mental no
puerpério: significados para a mulher em risco de Depressão
Pós-Parto**

Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em
Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade
do Porto.

Orientador – Professora Doutora Marinha do
Nascimento Fernandes Carneiro

Categoria – Professor Coordenador

Filiação – Escola Superior de Enfermagem do
Porto

Coorientador – Professora Doutora Ana Paula
Sousa Santos Espada

Categoria – Professor Coordenador

Filiação – Escola Superior de Enfermagem de
Ponta Delgada da Universidade dos Açores

Somos a ponte para a eternidade,
formando um arco sobre o mar,
procurando aventuras para nosso
regozijo, vivendo mistérios, optando
por calamidades, triunfos desafios,
apostas impossíveis, pondo-nos à
prova uma e outra vez, aprendendo a
amar.

Richard Bach

Agradecimentos

À **Professora Doutora Marinha Carneiro**, minha orientadora, que me ensinou a acreditar em mim e nas minhas capacidades. Obrigada pela paciência infinita, pela orientação, pela disponibilidade e, sobretudo, por abraçar este projeto com muita coragem e determinação, aliás características que a definem e que muito admiro.

À **Professora Doutora Ana Paula Espada**, minha coorientadora, minha professora de investigação desde sempre, minha amiga, que se disponibilizou, prontamente, a me ajudar. Obrigada pelas gargalhadas, pelas reflexões e por ser quem é.

À **Helena**, companheira de todas as horas, meu amor e minha amiga com quem partilhei todas as minhas angústias, todos os meus receios, e todas as minhas alegrias. Quem sempre me deu forças para continuar. A minha maior gratidão, meu Amor.

À **Júlia** e ao **Guilherme**, pela ajuda enorme que me dão todos os dias e pelo tempo que vos foi roubado e que era vosso por direito.

Aos meus pais, **Roberto e Natália**, à **Carla** e ao **Pedro**, pessoas que muito admiro, sempre prontos para me apoiar e a ajudar e muito ajudaram nas coisas mais práticas do dia-a-dia.

Aos meus meninos, **Henrique, Tomás e Francisco** por, simplesmente, existirem e dar um colorido diferente à minha vida.

Às **participantes no estudo**, imprescindíveis, sem eles este trabalho não poderia ter sido realizado. Um agradecimento infinito.

A todos os colegas com quem me tenho cruzado pelo incentivo e disponibilidade de ouvir as discussões acerca do tema e pela força nos momentos de desalento. Um agradecimento especial à **Adília Simões, Isabel Moreira, Patrícia Ferreira, Patrícia Tavares e Sandra Silva**, por todo o carinho e estímulo.

À **Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel** e a todas as **Enfermeiras especialistas de Saúde Materna e Obstétrica**, que colaboraram diretamente comigo, não só no fornecimento dos dados, mas também na aplicação da Escala de Edimburgo.

Ao **ICBAS e Escola Superior de Enfermagem do Porto** por ter tornado este curso possível.

A todos quantos não mencionei, mas que de uma ou outra forma, estiveram comigo neste processo... o meu eterno agradecimento.

Resumo

A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma patologia de humor que afeta tanto a saúde da mãe, como o desenvolvimento do seu filho e tem um impacto negativo ao nível sociofamiliar. As manifestações desta situação clínica aparecem habitualmente quatro semanas após o parto, alcançando valores mais elevados nos primeiros seis meses, afetando cerca de uma em cada sete mulheres. Com este estudo, procurou-se dar resposta à *questão como se desenvolve a transição para a parentalidade das mulheres em risco de DPP?* Assim, pretende-se compreender a natureza desta transição; identificar as condições pessoais, sociais e comunitárias em que ela ocorre e compreender a natureza da sua ação; e, ainda, compreender os padrões de resposta das mães, tendo por finalidade o desenvolvimento de uma teoria de médio alcance que contribuísse para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à família nesta transição. Para dar resposta a estas preocupações, recorreu-se à *Grounded Theory* como metodologia, à entrevista semiestruturada, ao método das comparações constantes e à amostragem teórica para a recolha e/ou análise dos dados, colhidos no domicílio das participantes em dois momentos distintos em um total de 24 entrevistas. Participaram no estudo catorze mães com scores superiores a 12 na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Os resultados permitiram a construção de um modelo teórico explicativo da experiência de transição no exercício da parentalidade da mulher em risco de DPP, definido pela categoria central **Ser-se mãe em risco de depressão pós-parto: construção de um processo de transição para a parentalidade**, que representa a emergência de uma força que possibilita a transformação pessoal da mulher, motivada para o cuidado da criança e a renovação de forças necessárias para a luta diária que representa a parentalidade, especialmente em contexto de DPP, em uma constante reconstrução do *self*.

Palavras-chave: Transição, parentalidade, Depressão Pós-Parto, enfermagem, construção da identidade.

Abstract

Post-Natal Depression (PND) is a mood disorder that affects both the health of mother as the development of her son and has a social-family negative impact. The clinical manifestations of this condition usually appear four weeks after birth, reaching higher values in the first six months, affecting about one in every seven women. With this study, we sought to answer the question *how does women at risk for PPD develops the transition to parenthood ?*. We wanted to understand the nature of this transition; identify the personal, social and community conditions in which it occurs and to understand the nature of its action; and also understand the response patterns of the mothers; having for its purpose the development of a middle range theory to contribute to improving the quality of nursing care provided to the family in this transition. To address these concerns, we resorted to the Grounded Theory as the methodology, the semi-structured interview, the method of constant comparison and theoretical sampling for the collection and/or analysis of data collected in the domicile of the participants in two distinct times for a total of 24 interviews. Fourteen mothers participated in the study with scores greater than 12 on the Edinburgh Postpartum Depression Scale. The results allowed the construction of a theoretical model to explain the transition experience of parenting of women at risk for PPD, defined by central category **Being a mother at risk of postpartum depression: construction of a transition process**, which is the emergence of a force that enables the personal transformation of women motivated to child care and renewal necessary for the daily struggle that is parenting, specially with a risk of PPD, in a constant *self* rebuilding.

Keywords: Transition, parenting, Postpartum Depression, nursing, construction of identity.

Abreviaturas e Siglas

DPP – Depressão Pós-Parto

EDPPE – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

HDESPD, EPE – Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

RAA – Região Autónoma dos Açores

EU – União Europeia

USISM – Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel

ZEE – Zona Económica Exclusiva

Índice

INTRODUÇÃO	20
PARTE 1 - ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTUDO	25
CAPÍTULO 1 - <u>DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE À PARENTALIDADE</u>	27
1 - TRANSIÇÃO: UM CONCEITO CHAVE DA E PARA A ENFERMAGEM	27
2 - PARENTALIDADE: CONCEITO E FOCO DE ATENÇÃO DA ENFERMAGEM	37
3 - A SAÚDE MENTAL DA MULHER NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	40
PARTE 2 - ESTUDO EMPÍRICO	65
CAPÍTULO 1 - <u>PERCURSO METODOLÓGICO</u>	67
1 - A OPÇÃO PELO PARADIGMA QUALITATIVO CONSTRUTIVISTA	71
2 - <i>GROUNDED THEORY</i> : DA ESCOLHA À SUA UTILIZAÇÃO	75
3 - PARTICIPANTES: DA ESCOLHA AO ACESSO	80
4 - DA RECOLHA À ANÁLISE DOS DADOS	83
5 - DAS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS AO RIGOR METODOLÓGICO	94
CAPÍTULO 2 - <u>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</u>	101
1 - O CONTEXTO GEOGRÁFICO E SÓCIO-DEMOGRÁFICO	101
2 - O CONTEXTO DO ESTUDO	106
3 - OS SUJEITOS DO ESTUDO	107
4 - TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE DE MULHERES EM RISCO DE DESENVOLVEREM DPP	110
4.1 - <u>Condição causal - Reconhecendo um período de incógnita e ansiedade</u>	111
4.2 - <u>Condições intervenientes no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP</u>	126
4.3 - <u>Respostas parentais no fenómeno da parentalidade em</u>	154

<u>contexto de risco de DPP</u>	
<u>4.4 - Estratégias utilizadas para lidar com a parentalidade quando em risco de DPP</u>	179
<u>4.5 - Consequências do fenómeno da parentalidade quando em risco de DPP</u>	190
5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	203
 PARTE 3 - <u>SER-SE MÃE EM RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE</u>	231
CONCLUSÕES	241
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	249
 ANEXOS	273
Anexo 1 - Escala de Edimburgo	275
Anexo 2 - Pedido de colaboração da USISM	279
Anexo 3 - Resposta da USISM	283
Anexo 4 - Guião de entrevista semiestruturada	287
Anexo 5 - Exemplo de um diário de campo	291
Anexo 6 - Codificação de uma entrevista	299
Anexo 7 - Exemplo de um memo	343
Anexo 8 - Consentimento Informado	347

Índice de Figuras

Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis <i>et al</i> (2000)	33
Figura 2 - Ligações entre a produção, tratamento e análise de dados <i>Da Grounded Theory</i> . Adaptado de Streubert e Carpenter (2002:113)	79
Figura 3 - Mapa do arquipélago dos Açores	102
Figura 4 - Arquipélago dos Açores e ilha de São Miguel	103
Figura 5 - Diagrama do fenómeno em estudo de exercício da parentalidade da mulher em risco de DPP	111
Figura 6 - Diagrama do constructo Condição causal - reconhecendo um período de incógnita e de ansiedade	112
Figura 7 - Diagrama da categoria Confrontação com a realidade	113
Figura 8 - Diagrama da categoria Dificuldades sentidas	122
Figura 9 - Diagrama do constructo Condições intervenientes no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP	127
Figura 10 - Diagrama da categoria Perceção da gravidez/parto/pós-parto	127
Figura 11 - Diagrama da categoria Alterações biológicas e psicológicas	133
Figura 12 - Diagrama da categoria Interação social alterada	137
Figura 13 - Diagrama da categoria Amamentação	140
Figura 14 - Diagrama da categoria Situação familiar	143
Figura 15 - Diagrama da categoria Situação de saúde no pós-parto	147
Figura 16 - Diagrama categoria Apoio profissional inadequado	151
Figura 17 - Diagrama do Constructo Respostas parentais no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP com o bebé	155
Figura 18 - Diagrama da categoria Conquista do papel maternal	156
Figura 19 - Diagrama da categoria Tomada de consciência de que é mãe	162

Figura 20 – Diagrama da categoria Assumindo-se como mãe	166
Figura 21 – Diagrama da categoria Reação perante a confrontação com o bebé	175
Figura 22 – Diagrama do constructo Estratégias utilizadas para lidar com parentalidade quando em risco de DPP	180
Figura 23 – Diagrama da categoria Reorganizando as tarefas do dia-a-dia	181
Figura 24 – Diagrama da categoria Aprendendo a lidar com situações problemáticas	183
Figura 25 – Diagrama da categoria Tornar-se o centro da sua vida	187
Figura 26 – Diagrama do constructo Consequências do fenómeno da parentalidade quando em risco de DPP	190
Figura 27 – Diagrama da categoria Transformar-se em mãe	191
Figura 28 – Diagrama da categoria Ultrapassando as suas dificuldades	193
Figura 29 – Diagrama da categoria Modelando o seu autoconceito	197
Figura 30 – Diagrama da categoria Planeando o futuro	200
Figura 31 – Diagrama da Teoria de médio alcance explicativa do processo de transição para a parentalidade das mulheres em risco de DPP	233

Índice de Quadros

Quadro 1 – Fases e atividades de uma visita domiciliária (VD) (Stanhope e Lancaster, 2012) - Adaptação para a realização de entrevista	88
Quadro 2 – Índices de variação da população das ilhas açorianas 2001-2011	103
Quadro 3 – Divisão Administrativa, área, população, envelhecimento demográfico e taxa de natalidade	105
Quadro 4 – Características das participantes no estudo	109

INTRODUÇÃO

Uma das transições mais marcantes na vida da mulher prende-se com a parentalidade, não só por acarretar um conjunto de mudanças drásticas na vida e dinâmica familiares, mas também por ser o início de uma nova fase do ciclo vital, em especial nos casos de ser o primeiro filho, uma vez que se deixa de ser apenas filha, esposa (companheira), para se passar a ser mãe (Relvas, 2004). Com a chegada de um filho, inicia-se uma jornada sem volta, onde a identidade da mulher, os seus papéis e funções na família e na sociedade se modificam, exigindo também a reestruturação de toda a célula familiar (Colman & Colman, 1994; Relvas, 2004).

Embora o processo de se tornar pai ou mãe se efetive com o nascimento da criança, a verdade é que se inicia ainda muito antes da criança ser gerada. É pois um processo que vai sendo construído ao longo da vida da mulher, mas que perante a iminência de se ser mãe é-lhe exigido a capacidade de se reestruturar de forma a integrar novas aprendizagens, novos desafios, a caminho da reformulação da sua própria identidade. Para esta realidade, para esta transformação muito contribui a gravidez que pode ser encarada como uma fase preparatória para a chegada do filho. O nascimento de um bebé é, porventura, o momento em que nasce uma mãe, momento repleto de paradoxos, pois como refere Birksted-Breen (2000), dar à luz é morrer para renascer, pois não há a possibilidade da mulher sair igual da experiência de ser mãe. Nada voltará a ser como era antes. Da mulher exige-se um conjunto de respostas comportamentais, cognitivas e emocionais, capazes de favorecer a implementação de esforços adaptativos de maior ou menor grau de dificuldade e novos padrões de vida, que se estendem desde a gravidez, através do parto e pelo puerpério (Mercer, 2004, Meleis, 2010).

A Parentalidade tem vindo a assumir um papel central nos temas de saúde com maior relevância na sociedade atual, vincando-se como um conceito central na enfermagem, pelas implicações que pode ter não só na saúde e

bem-estar dos progenitores, como também ao nível do saudável desenvolvimento físico e emocional da criança (Gage, Everett e Bullock, 2006), uma vez que envolve a vinculação, a adaptação à parentalidade e a educação da criança (CIPE, 2006).

De acordo com Janice, Barnett e Nies (2009) a parentalidade pode ser entendida como um dos papéis sociais, físicos e mentais mais exigentes que os indivíduos encontram nas suas vidas, sendo que o que se espera dos pais é que cuidem dos seus filhos por um longo tempo, proporcionando-lhes condições ideais para o seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo (Ramos, 2005). Todavia, o nascimento de um filho, especialmente tratando-se do primogénito, representa um momento de crise, um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, de que são exemplo quadros depressivos, manifestações psicossomáticas e psicoses pós-parto, podendo variar em gravidade de muito ligeiros a graves (Maldonado, 2000; Robertson, Grace, Wallington e Stewart, 2004).

O período de maior risco para o seu desenvolvimento está em torno dos primeiros dias do pós-parto e têm sido divididas em três grupos: *blues* pós-parto, DPP e psicose puerperal.

O *blues* pós-parto costuma a atingir as mulheres nos primeiros dias após o parto, atingindo o seu pico ao quarto ou quinto dia e redimindo de maneira espontânea, no máximo, em duas semanas.

A psicose puerperal costuma ter início mais abrupto. Estudos verificaram que 2/3 das mulheres que apresentaram psicose puerperal iniciaram sintomatologia nas duas primeiras semanas após o nascimento dos seus filhos.

Relativamente à DPP, embora pareça haver consenso no que se refere à sua gravidade, já não existe quanto ao seu início. Na verdade os estudos realizados por Correia (2006), Cantilino *et al* (2007) e Cantilino (2009), sugerem que a DPP tem o seu início por volta da 2ª semana pós-parto, enquanto os estudos de Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins e Teixeira (1998), Tannous, Gigante, Fuchs e Busnello (2008) e Santos, Martins e Pasquali (1999), indiciam o seu início por volta da 6ª semana

pós-parto. Ainda os estudos de Moraes *et al* (2006) e Ruschi *et al* (2007) sugerem que o aparecimento dos primeiros sintomas surge por volta do 1º mês pós-parto.

A diversidade destes resultados em estudos que utilizam a mesma escala para avaliação, como é o caso, pode ser atribuída a diferenças de amostragem e de avaliação, bem como de definição do quadro clínico e dos limites temporais para o período do pós-parto (Halbreich, 2005; Warren e McCarthy, 2007).

A DSM-IV-TR distingue os transtornos do humor do pós-parto dos que acontecem em outros períodos, utilizando apenas o especificador “com início no pós-parto”, que é utilizado quando o início dos sintomas ocorre no período de quatro semanas após o parto, opinião partilhada pela OMS que apenas diferenciam a DPP da depressão em geral pelo período temporal em que decorre, ou seja, a DPP encontra-se limitada às primeiras 4-6 semanas do pós-parto (Warren e McCarthy, 2007).

Contudo, existem estudos que mostram que a vulnerabilidade para perturbações depressivas persiste, pelo menos, durante 6 meses após o parto, tendo um pico imediatamente após o nascimento da criança (Warren e McCarthy, 2007).

Independentemente do seu início deve-se considerar este, um problema de saúde pública, na medida que não é só debilitante para a mulher, mas também porque acarreta um grande impacto sobre o bebé, outros filhos, companheiro e todas as pessoas com quem a mulher se relaciona (Boath, Bradley e Henshaw, 2004), podendo afetar a qualidade de vida das mães e que pode ameaçar o desenvolvimento emocional, social, comportamental e psicológico do recém-nascido e de toda a unidade sociofamiliar (Lintner e Gray, 2006).

Assim, o principal desafio que se coloca aos profissionais de saúde, em geral e aos enfermeiros, em particular, é o de estar atento a indícios sugestivos de DPP, detetando precocemente a sua sintomatologia e intervir no sentido de prevenir as suas complicações. Para tal, é necessário reconhecer que, muitas vezes, estes distúrbios podem ter origem no processo de transição para a parentalidade, podendo influenciá-lo,

configurando-se como um desafio para a enfermagem, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento de práticas que maximizem as capacidades e os recursos das mães neste período de vulnerabilidade transicional.

No desenvolvimento da Depressão Pós-Parto interferem um conjunto de fatores, nomeadamente sociais, psicológicos e psicossociais, daí que, as mães possam experimentar um conjunto de emoções, que podem conduzir à sensação de incapacidade de cuidarem dos seus filhos, passando por sentimentos de culpa relativamente ao nascimento e pondo em causa o seu desempenho do papel de mãe (Ugarriza, Brown e Chang-Martinez, 2007).

Deste modo, esta problemática constitui grande interesse e premência para a enfermagem, cujo foco principal da disciplina se centra na facilitação dos processos de transição, tendo em vista o bem-estar dos clientes (Meleis, 2010; Meleis *et al*, 2000; Schumacher e Meleis, 1994). Neste sentido, torna-se premente desenvolver mais investigação sobre esta temática para que se crie modelos conceptuais, capazes de explicar esse processo e contribuir para a sedimentação da prática clínica fundamentada.

Existe uma lacuna em termos teóricos que carece ser preenchida e que congregue a experiência parental da mulher em risco de DPP, conhecendo a sua perceção e os significados dessa mudança, para, desta forma, poder planear de modo mais seguro estratégias que ajudem a mulher em risco de DPP neste processo transicional, para que culmine em uma parentalidade bem firmada.

Este estudo emergiu, então, de uma motivação pessoal para compreender como se processa a transição para a parentalidade das mulheres em risco de DPP, explorando os vários elementos em interação que compõe a complexa e multifacetada realidade da parentalidade, conduzindo, assim, ao desenvolvimento de uma teoria de médio alcance em enfermagem que contribua para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à mulher e à família neste processo, bem como para melhorar a formação em enfermagem nesta área.

Assim, estabeleceu-se como objetivos para este estudo:

- » Compreender a natureza da transição para o exercício da parentalidade da mulher em risco de DPP;
- » Identificar as condições pessoais, sociais e comunitárias em que ocorre a transição para o exercício da parentalidade e compreender as suas relações;
- » Compreender os padrões de resposta das mulheres no exercício da parentalidade.

O estudo está estruturado em torno de três eixos fundamentais denominados por: enquadramento contextual do estudo, estudo empírico e Ser-se mãe em risco de depressão pós-parto: construção de um processo de transição para a parentalidade. O primeiro eixo faz uma breve abordagem ao fenómeno em estudo, clarificando-o através da exploração dos principais conceitos, nomeadamente, transição, parentalidade e saúde mental no puerpério. Este quadro concetual foi sendo construído, tendo em mente as relações estabelecidas entre si, bem como expondo a evidência existente sobre estas temáticas. O segundo eixo inclui as opções e o percurso metodológico que orientou a investigação empírica. O último eixo objetivou apresentar e discutir os achados do estudo, em uma organização baseada no paradigma de Corbin e Strauss (2008), abordando a parentalidade como um processo em construção, revestido de especificidades no caso, as mulheres em risco de DPP, enfatizando-se o que torna este processo tão único e particular. Por fim, apresenta-se uma teoria de médio alcance explicativa da transição no exercício da parentalidade na mulher em risco de DPP, optando-se por relacioná-la com os pressupostos de Meleis *et al* (2000).

Na conclusão procurou-se sistematizar as descobertas mais relevantes da pesquisa, bem como as suas implicações para a prática de enfermagem (clínica, formação, gestão e investigação), sugerindo novas pistas para futuras pesquisas, que emergiram das descobertas realizadas.

PARTE 1
ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTUDO

Capítulo 1

DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE À PARENTALIDADE

Ao falar-se de transição para a parentalidade, há que reconhecer que este é um assunto intrincado, não só pela complexidade de influências que este fenómeno assume, mas também pela complexidade das relações existente entre os intervenientes, que permite perceber quais os fatores facilitadores deste processo, quais os que dificultam e que o põem em risco, como são exemplo as características da criança, dos pais, bem como do meio familiar e extrafamiliar. Ainda assim, antes de percebermos a influência, bem como a relação/interação desses fatores entre si, torna-se pertinente clarificar melhor os conceitos de transição e parentalidade, para, após, perceber melhor os pressupostos do processo de transição para a parentalidade.

1 – TRANSIÇÃO: UM CONCEITO CHAVE DA E PARA A ENFERMAGEM

Para que se possa abordar os fundamentos da transição, importa perceber que na base deste fenómeno em enfermagem, estão sempre os seus metaparadigmas.

Os quatro conceitos que constituem o metaparadigama da Enfermagem e que orientam também a Teoria das Transições de Meleis são: ambiente, saúde, pessoa e enfermagem. Entenda-se metaparadigma como um conceito geral, que serve para definir uma forma de pensar. *Meta*, deriva do grego e significa o que está por trás, o que suporta determinada ideia, servindo como uma base conceptual, constituindo-se como o nível mais abstrato do conhecimento que determina os níveis de conceito e estudo da disciplina, distinguindo-a por determinados conceitos. Em 1984, Jacqueline Fawcett, na sua obra *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*, onde desenvolve os quatro metaparadigmas básicos da enfermagem que, mais recentemente são revistos por si e por Susan

DeSanto-Madeya, em 2012, e servem para sustentar todo o universo conceptual da profissão de enfermagem.

Embora a nomenclatura possa diferenciar ligeiramente, os conceitos metaparadigmáticos da enfermagem são os mesmos identificados na Teoria das Transições de Meleis, que, aliás, são também os adotados pela Ordem dos Enfermeiros. Ainda que possa haver diferenças terminológicas, as suas similaridades são muitas.

Relativamente ao conceito de **Saúde**, de acordo com Meleis (2010) Fawcett e DeSanto-Madeya (2012), pode ser definido como os processos da vida e morte humana, como um estado e representação mental da condição individual, que é variável no tempo, daí ser um processo subjetivo e dinâmico; é a síntese de bem-estar e da doença, definido pela própria percepção do cliente através da vida, focando nas dimensões físicas, sociais, estéticas e morais. A saúde é contextual e relacional. O bem-estar, nessa visão, é a experiência vivida de congruência entre as possibilidades e as realidades da pessoa. A doença é definida como a experiência vivida de perda ou disfunção que pode ser mediada por relações do cuidar. O grau ou nível de saúde é uma expressão do processo interativo mútuo entre os seres humanos e seu meio ambiente.

Quanto ao **Ambiente** pode ser entendido como o contexto completo do cuidado de saúde, mais especificamente de enfermagem (Meleis, 2010; Fawcett e DeSanto-Madeya, 2012). Não é mais do que a paisagem e a geografia da experiência social humana, a definição ou contexto da experiência como a vida quotidiana. Inclui variações de espaço, tempo e qualidade, onde as pessoas vivem e se desenvolvem, constituído por diversos elementos, que vão condicionar e influenciar os estilos de vida e que se irão refletir e influenciar no conceito de saúde. Estes elementos incluem a dimensão pessoal, social, nacional, global. Também inclui crenças sociais, valores, costumes e expectativas (Terra *et al*, 2006).

Relativamente ao conceito **Pessoa**, este conceito provavelmente, tem sido aquele que, ao longo dos anos tem sofrido maiores mutações, sendo atualmente aceite cada vez mais a perspetiva de Meleis (2010) sobre o estado de saúde da pessoa, por ser influenciado por transições. As

mudanças na condição de saúde, entre outras transições, implicam uma alteração de si próprio no novo contexto. Independentemente da visão adotada, a pessoa é sempre vista de forma holística, única, dinâmica, sensível e multidimensional. A pessoa é vista como um campo de energia aberto com experiências de vida únicas, capaz de raciocínio abstrato, criatividade, apreciação estética e autorresponsabilidade (Meleis, 2000). A linguagem, empatia, carinho e outros padrões abstratos de comunicação são aspetos de um nível individual de elevada complexidade e diversidade que permitem aumentar o conhecimento de si e do meio ambiente. As pessoas, na enfermagem, são vistas como repletas de valor, que devem ser respeitadas e compreendidas, com o direito de fazer escolhas informadas sobre a sua saúde (Fawcett, 2005; Terra *et al*, 2006).

Para efeitos de estudo em enfermagem, as dimensões biológica, psicológica, espiritual, intelectual, sociocultural dos seres humanos e estágios do desenvolvimento humano são compreendidos como capazes de afetar o comportamento e saúde individual. Estas dimensões operam dentro e sobre o ser humano de uma forma aberta, inter-relacionada, interdependente e interativa. O cliente de enfermagem é um sistema aberto, em constante mudança, em um processo de interação constante com o ambiente em mudança.

Em relação aos **Cuidados de enfermagem** quando se identifica no cliente fatores que indicam uma transição, devemos direcioná-la num sentido saudável. Assim sendo, as intervenções de enfermagem devem ser prescritas de forma a evitar riscos, detetar problemas e resolvê-los ou minimizá-los (Aligood, 2010).

A enfermagem é uma disciplina académica e uma profissão prática. É a arte e a ciência dos cuidados holísticos, orientada pelos valores da responsabilidade, escolha e liberdade humanas. O corpo de conhecimento da ciência de enfermagem tem a sua origem no desenvolvimento de teorias, na investigação e na análise lógica de fenómenos (Aligood, 2010; Fawcett e DeSanto-Madeya, 2012). A enfermagem e outras teorias de suporte são essenciais para a prática avançada da enfermagem. A arte da prática de enfermagem, atualizada através do recurso a intervenções

terapêuticas de enfermagem, atinge o seu auge pela utilização criativa do seu conhecimento no cuidado humano. Os enfermeiros utilizam o pensamento e o julgamento crítico para fornecer cuidados baseados na evidência aos indivíduos, famílias e comunidades, de forma a alcançar um nível de bem-estar ótimo em diferentes contextos/cenários de enfermagem (Aligood, 2006; Terra, 2006; Aligood, 2010). Por essa razão, é essencial ter-se um juízo clínico hábil e desenvolvido para a prática profissional de enfermagem.

O cuidado humano, como o ideal moral da enfermagem, é o foco central da prática profissional. Envolve preocupação, empatia e um compromisso com a experiência vivida do cliente, no que concerne à sua saúde e às relações que estabelece com o bem-estar, com o processo de doença e com a doença. O enfermeiro, como pessoa, é encarado como um parceiro ativo nas transações do cuidado humano com os clientes em todo o seu ciclo de vida (Fawcett, 2005; Fawcett e DeSanto-Madeya, 2012).

O cuidado humano e as transações do cuidado humano procuram proteger, melhorar e preservar o valor humano e a sua dignidade. O cuidado humano envolve valores, uma vontade e um compromisso para cuidar, mas também compreende a comunicação, o conhecimento, as ações que cuidam e as suas consequências. O cuidado humano é uma atividade epistémica que define tanto a enfermeira como o cliente e requer estudo, reflexão e ação. Cuidar é contextual, específico e individual e envolve a prática organizada, específica que está relacionada com o cuidar de outros. Cuidar é a fonte do poder de enfermagem (Meleis, 1994).

Os enfermeiros funcionam de forma autónoma e usam esse poder para moldar a profissão e empoderar os clientes através de parcerias de cuidado e outras transações. Dentro deste quadro, o poder é definido como a capacidade de participar conscientemente na natureza da mudança e é caracterizada pela consciência, defesa, escolha, liberdade de agir intencionalmente, cura e envolvimento na criação de mudanças (Carvalho e Gastardo, 2008).

Os enfermeiros utilizam, então, o pensamento crítico para facilitar a tradução de conhecimento e habilidade na prática profissional de

enfermagem, sendo o processo de enfermagem, uma forma de pensamento crítico, uma metodologia para a prática de enfermagem, deliberada, sistemática e orientada para objetivos. Estabelecem-se como comportamentos deliberados para este processo a observação, a intuição, a reflexão, o cuidar, a capacitação, a comunicação, a avaliação e a escolha de alternativas de ação (Ferreira e Kurgant, 2009). A prática da enfermagem incorpora habilidades intelectuais, interpessoais, comunicacionais e psicomotoras no cuidado de indivíduos, famílias, agregados e comunidades, independentemente da configuração ou cenário, e enfatiza uma relação de colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde (Lanzoni, Lino, Schveitzer e Albuquerque, 2009).

São várias as responsabilidades que revestem o complexo quadro profissional do enfermeiro, desde logo o de estudante, o de prestador de cuidados que desemboca na responsabilidade de fornecer diagnósticos, o de apoio e cuidados terapêuticos, para proteger os direitos, a segurança e o bem-estar dos clientes, para melhorar a prestação de cuidados de saúde, para influenciar a saúde e a política social, e contribuir para o desenvolvimento da profissão (Ferreira e Kurgant, 2009; Lanzoni, Lino, Schveitzer e Albuquerque, 2009).

O objetivo da enfermagem é humanista, potenciador da saúde de seres humanos, visando cuidar dos que estejam com saúde, doentes ou moribundos. A excelência dos cuidados em enfermagem exige empenho, carinho e pensamento crítico em termos de domínio, *status* e controle sobre a prática.

São vários os eventos que ao longo da vida das pessoas exigem respostas que ajudem a ultrapassar momentos de instabilidade, para alcançar o equilíbrio perdido. São exemplo desses momentos, as mudanças de autoestima, de desempenho de papéis, a ansiedade, a depressão e a insegurança. Todavia, em uma era em que se assiste ao crescente domínio das ciências e da civilização técnica, a que não é alheia a área da saúde, corre-se o risco de haver um crescente afastamento das preocupações únicas centradas no cliente e a uma perda da relação pessoal, como resultado de sistemas maiores e cada vez mais impessoais, impondo-se

um maior profissionalismo e especialização. Na verdade, com o avanço científico-tecnológico, as vantagens a nível da prestação de cuidados são maiores, mas, na mesma medida, surgem cada vez mais situações dilemáticas, com várias alternativas de solução, onde as opções nem sempre são claras, levando a que as escolhas sejam difíceis, o que implica que o enfermeiro tenha que ponderar para decidir, tenha de refletir sobre o seu agir, sendo-lhes exigido cada vez mais cuidados de enfermagem de excelência. Por essa razão, é cada vez mais necessário observar os clientes de uma forma holística, de modo a se poder elaborar diagnósticos de enfermagem focalizados na pessoa e não em procedimentos pré-estabelecidos e rotineiros. Estar-se-ia, então, a basear os cuidados em um modelo de transição, contribuindo para aumentar as possibilidades de ajuda ao indivíduo/família, deixando de ser a cura o enfoque da nossa atuação, mas verdadeiramente as necessidades identificadas pelos nossos clientes (Zagonel, 1999; Hernandez e Hutz, 2009; Meleis, 2010). Assim o centro da nossa atuação é deslocado para o processo de transição, em que o que é importante é fornecer suporte à pessoa em transição, auxiliando-a a proteger e a manter a sua saúde para o futuro, criando as condições condutivas a uma transição saudável, considerando a pessoa em mudança como um ser único, global, integral, valorizando o ser e reconhecendo-o como o sujeito da ação do cuidado, não se limitando apenas a funções, papéis ou tarefas. Deste modo se percebe que só através da compreensão do processo de transição, é que os enfermeiros estarão melhor dotados para ajudar os clientes nos seus processos de transição, como refere Meleis (2010). Acrescente-se que é na vivência de transições saudáveis que os enfermeiros podem ser verdadeiramente significativos (Mota, Rodrigues e Pereira, 2011).

Nesta linha de pensamento, facilmente se compreende que os enfermeiros poderão ser encarados como facilitadores desse processo, pois promovem nos clientes a aquisição de competências que os ajudam a lidar com uma nova situação de Saúde, promovendo a aquisição de novos conhecimentos e da modificação de comportamentos. O conceito transição deve, então, ser entendido como um conjunto de processos psicológicos, que

conduzem a um processo adaptativo, a uma mudança ou rutura, ou seja, uma forma de incorporar alterações na vida de um indivíduo (Meleis, 2010). Assim sendo, a Teoria das Transições permite olhar a enfermagem de forma diferente, assegurando cuidados orientados para proporcionar ao cliente/família uma vivência de transição saudável (Meleis *et al*, 2000; Kralik, Visentin e Loon, 2006), alargando o seu raio de ação e conferindo-lhe terreno sólido de afirmação e desenvolvimento (Meleis e Trangenstein, 1994; Kralik, Visentin e Loon, 2006, Meleis 2011).

Como se pode observar na figura 1, a Teoria das Transições desenvolve-se em torno de quatro grandes conceitos: 1) natureza da transição; 2) condições para a transição; 3) padrões de resposta e 4) terapêuticas de enfermagem (Schumacher e Meleis, 1994; Meleis *et al*, 2000; Kralik, Visentin e Loon, 2006).

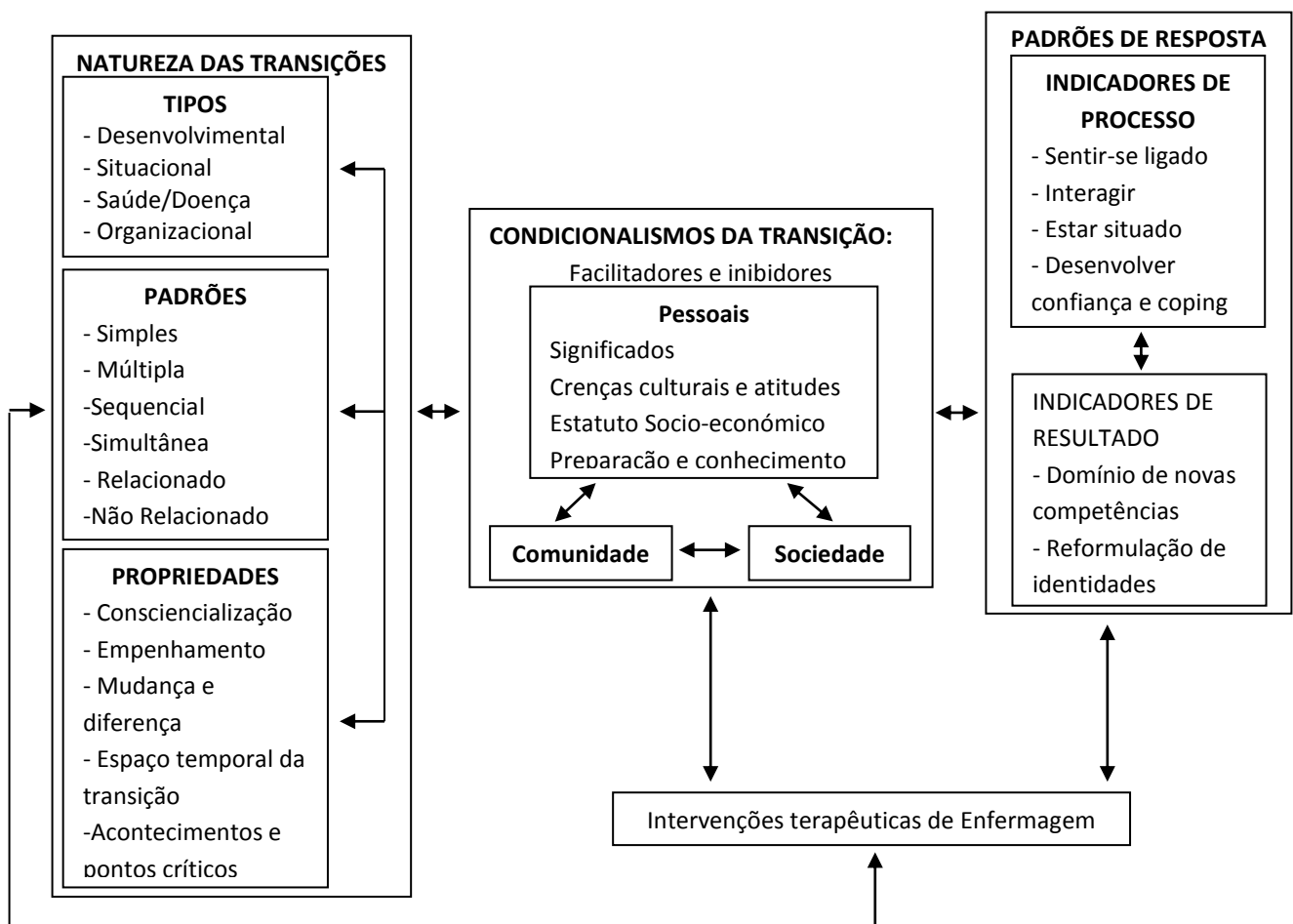


Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis *et al* (2000)

No que se refere à **Natureza da transição**, podem ser classificadas quanto ao tipo, aos padrões e propriedades. Relativamente ao tipo, as transições podem ser categorizadas em desenvolvimental (associadas a mudanças no ciclo vital), saúde/doença, situacional (relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis); e organizacional (Meleis *et al*, 2000). Importa referir que pode haver sobreposição do tipo de transição e que a natureza da relação entre os diferentes eventos funciona como uma alavanca para as transições sentidas por quem as vivencia (Meleis *et al*, 2000). Saliente-se que cada transição caracteriza-se por ser única, não só pelas suas complexidades, mas também pelas múltiplas dimensões que afetam. Assim sendo, os enfermeiros devem concentrar-se não apenas em um tipo específico de transição, mas sim nos padrões de todas as transições significativas na vida individual ou familiar.

Quanto aos padrões (Meleis *et al*, 2000), podem ser classificadas como simples ou múltiplas, sendo que estas podem ainda ser classificadas em sequenciais, simultâneas e relacionadas ou não relacionadas. Dificilmente um indivíduo vivencia uma única transição, daí raramente ser do tipo simples, uma vez que uma mudança implica outros reajustes além da aparente.

No que diz respeito às propriedades (Meleis *et al*, 2000), permite caraterizar a forma como o indivíduo está a viver a mudança para um comportamento de saúde. Para tal, é importante a Consciencialização (relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição; a ausência de consciência da mudança poderá indiciar que um indivíduo não iniciou a experiência de transição), Envolvimento (o nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, pois a pessoa só pode envolver-se depois de ter noção da mudança.), Mudança e Diferença (todas as transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com transições. É essencial conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreender plenamente o processo de transição. As dimensões da mudança incluem a natureza, a temporalidade, a importância ou a

gravidade atribuída, e as expectativas pessoais, familiares e sociais. A diferença refere-se às expectativas não satisfeitas ou divergentes, diferentes sentimentos, ou ver o mundo e os outros de outra forma), Espaço temporal (as transições ocorrem num intervalo de tempo, que se estende desde os sinais iniciais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade, confusão e stress até a um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade) e Acontecimentos e pontos críticos (frequentemente associados com a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição) (Meleis *et al*, 2000; Meleis, 2010). As propriedades conferem às transições complexidade e multidimensionalidade.

Para Meleis *et al* (2000), existem determinadas **condições** para uma transição saudável, que se relacionam com a própria pessoa e com a comunidade/sociedade, que podem contribuir, de forma facilitadora ou inibidora, para o processo transicional. Defendem ainda, que existem condições relacionadas com a comunidade (suporte familiar, informação, modelos), pessoais (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico e preparação e conhecimento) e com a sociedade, que influenciam a qualidade e as consequências da experiência de transição (Meleis *et al*, 2000). Assim sendo, estas condições podem contribuir para uma transição saudável ou não.

O terceiro domínio da Teoria das Transições consiste nos padrões de resposta, que podem ser classificados em indicadores de processo e indicadores de resultado (Meleis *et al*, 2000). Os de processo incluem sentir-se e estar ligado (aos profissionais de saúde, a quem podem fazer questões e esclarecer dúvidas), interação (entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição que permitem um contexto harmonioso e efetivo de auxílio, colaboração e ajuda), localizar-se e estar situado (tempo, espaço e relações) e desenvolver confiança e *coping* (permite o aumento da confiança nas pessoas que vivenciam uma transição, traduzindo-se pela sua compreensão nos diferentes processos em que estão envolvidos. O recurso a mecanismos de coping eficazes

permite uma melhor adaptação ao novo contexto de saúde). Os padrões de resposta, através dos indicadores de resultado, manifestam-se pela mestria (progresso nas capacidades e competências do indivíduo, que lhe permitem viver a transição com sucesso) e pela integração fluida da identidade (relacionada com a forma como o indivíduo incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridos, para uma melhor adaptação à realidade após a transição).

A Teoria das Transições de Meleis permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição, permitindo-lhe pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis *et al*, 2000, Meleis, 2011; Meleis e Topaz, 2011).

Como Meleis e Trangesnstein (1994) referem, a Enfermagem encontra-se *“preocupada com o processo e as experiências dos seres humanos que estão a passar por transições onde a saúde e o bem-estar percebido é o resultado”*, pelo que deverão ajudar os clientes facilitando as transições dirigidas para a saúde e a perceção de bem-estar; mestria; nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais a energia dos clientes pode ser mobilizada (ibidem).

A interação enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007). Assim se compreende que ao basear os seus cuidados em um modelo assente nos pressupostos da Teoria das Transições, os enfermeiros contribuem para aumentar as possibilidades de ajuda ao indivíduo, deslocando o enfoque da cura para o processo, oferecendo apoio à pessoa em transição, auxiliando-a a proteger e a manter a sua saúde, através da implementação de cuidados que permitam uma transição saudável, considerando a pessoa, em mudança, como um todo. O cuidado transicional humano traz, então, respostas à valorização da pessoa em todas as suas dimensões, tendo em linha de conta que ele é o sujeito da ação do cuidado e, por isso, está ligado a cada estágio do desenvolvimento humano, favorece o crescimento em busca de maior equilíbrio e estabilidade, conduzindo o indivíduo à necessidade de se

recriar, reorganizando e auto-redefinindo de modo a incorporar as mudanças na sua vida (Bridges, 2004; Kralik, Visentin e Loon, 2006).

O cuidado transicional tem, na sua base, o pressuposto de que as transições não são mais do que pontos de mudança, que resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações, conduzindo a novas auto-conceções (Mercer *et al*, 1988). Nesta perspetiva, torna-se claro que os processos de transição são influenciados por fatores pessoais e ambientais.

2 - PARENTALIDADE: CONCEITO E FOCO DE ATENÇÃO DA ENFERMAGEM

Do latim *parentâle*, a palavra parentalidade surge formalmente em 1957, quando LeMasters escreve pela primeira vez sobre a transição para a parentalidade, afirmando que 83% dos novos casais experimentavam uma situação de crise severa na passagem da condição de casal para a de pais. Em 1961, Paul-Claude Racamier, um psicanalista francês, propõe uma definição mais dinâmica ao conceito de maternidade, definindo-a como “*o conjunto dos processos psicoafectivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade*” (cit. por Houzel, 2004, p.47), acrescentando a este conceito dois neologismos, a saber, *paternidade* e *parentalidade*, sem, no entanto, os conceptualizar, nem avançando com uma definição concreta. A partir deste ponto, muitas pesquisas foram realizadas, embora os conhecimentos produzidos fossem completamente baseados nos resultados de investigações retrospectivas, não fazendo referência aos neologismos avançados por LeMasters e Racamier.

Durante cerca de vinte anos, o termo parentalidade permaneceu sem ser usado, até que a partir da década de 80 do século XX, surgem os primeiros estudos longitudinais que almejam a confirmação da teoria de LeMasters, como são exemplo os conduzidos por Belsky e Pensky (1988) e Cowan e Cowan (1988), altura a partir da qual se tornou aceite a ideia de que a transição para parentalidade é um período que se reveste de grande *stress* para o casal, configurando-se em um momento potencialmente ameaçador para o desenvolvimento do bebé, devido à diminuição da

qualidade conjugal e da interação pais-criança (Cowan e Cowan, 1995). Todavia, antes de se falar sobre a transição para a parentalidade, urgiu conceptualizar parentalidade, tendo René Clément em 1985, proposto uma definição que visava agrupar as funções e os papéis parentais sob o mesmo conceito (Houzel, 2004). Assim, com a conceptualização de *parentalidade*, procurou-se transmitir a visão de que o processo pelo qual homem e mulher se tornam pais, é complexo, consciente embora, por vezes, inconsciente, designando-o por transição para a parentalidade, reforçando a premissa de que para se ser pai/mãe é necessário reconhecer este processo como dinâmico e integrador da representação de ser pai ou de ser mãe.

As questões da procriação, da gravidez, do nascimento e do desenvolvimento de um filho marcam o ciclo vital desde sempre, constituindo-se, talvez, como o indicador mais poderoso daquilo que é uma família numa determinada época e sociedade. Todavia, o significado e o valor que lhes são atribuídas têm evoluído ao longo dos tempos e de acordo com os contextos socioculturais (Canavarro, 2001). Aliás, muitas dessas transformações têm acompanhado a própria evolução do conceito de família, fazendo a que ocorram mudanças no processo de quem cuida e de quem exerce a função de educador da criança (Singly, 2011), numa visão próxima à de Durkheim em que a família através de normas, controla, mantém e regula as relações dos seus membros.

Porém, as questões relacionadas com a transição para a parentalidade só passou a ser objeto de interesse nas duas últimas décadas do século passado. Com efeito, até ao início dos anos 90, foram escritos quatro livros que intendiam resumir 15 pesquisas longitudinais e algumas transversais realizadas, versando a transição para a parentalidade (Belsky e Kelly, 1994; Cowan e Cowan, 1992; Lewis, 1989; Michaels e Goldberg, 1988), tornando-se um fenómeno para estudo de várias disciplinas, como são exemplo a Psicologia, a Sociologia e as Ciências da Saúde (Cowan e Cowan, 1995), que, com enfoques distintos, procuram conceptualizar e compreender as questões relacionadas com este fenómeno.

O conceito parentalidade pode ser entendido como um *“conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”* (Cruz, 2005, p.13), assumindo a tríade um papel de destaque neste processo, em que os pais são os principais agentes da socialização do filho, ao nível comportamental, emocional e de desenvolvimento cognitivo e, simultaneamente, desempenham funções executivas de proteção, educação e integração na cultura familiar em um ambiente de afeto e apoio (Alarcão, 2000; Relvas, 2004). Saliente-se que para o desenvolvimento da parentalidade e seu exercício, a condição mais importante é a de se ser criança. A verdade é que a construção de se ser pais decorre do desenvolvimento das crianças, bem como da consciencialização por parte dos pais de que a sua criança tem exigências e necessidades que estão em constante mutação, obrigando-os a uma constante Auto redefinição e auto-concetualização.

Saliente-se que, na sua maioria, as conceções relacionadas com a parentalidade têm a sua origem na psicologia, sublinhando o processo de transmissão de saberes, crenças e tradições, bem como a promoção do desenvolvimento máximo da criança. Todavia, também a enfermagem se tem debruçado sobre a criação e definição para parentalidade, aparecendo descrita na CIPE® de uma forma clara, concisa e resumida, como

Tomar conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimentos das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (ICN, 2010, p. 66)

A definição apontada pela enfermagem enfoca o conjunto de ações físicas e emocionais capazes de promover a incorporação e desenvolvimento do novo membro na família, apelando à responsabilização parental e

pressupondo que, para que tal aconteça, haja na sua base um processo de transição.

3 - A SAÚDE MENTAL DA MULHER NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

É através da investigação que a profissão de enfermagem poderá ver o seu corpo de conhecimento crescer, construindo o seu fundamento científico alicerçado em evidência, o que exige do enfermeiro o desenvolvimento da capacidade de análise e de reflexão crítica sobre a profissão, bem como competências em raciocínio crítico que permitem um posicionamento inteligente e refletido face aos diferentes contextos produzidos e identificados. Só assim poderemos oferecer um cuidado de qualidade, garantindo que a enfermagem ocupe o lugar de destaque, merecido, no Sistema Nacional de Saúde Português.

Importa salientar que a teoria fornece credibilidade às ideias e experiências pessoais dos enfermeiros, como valiosa fonte de conhecimento. Na verdade, as teorias de enfermagem têm uma importante missão de inter-relacionar a teoria, a pesquisa e a prática.

Os vários eventos que permeiam a vida das pessoas exigem respostas para que possam ultrapassar momentos de instabilidade, como sejam mudanças de autoestima, de desempenho de papéis, a ansiedade, a depressão e a insegurança, para alcançar o equilíbrio perdido. Assim sendo, a perspetiva de transição para a prática de enfermagem, mais humanizada, científica, compartilhada, e holística, requer um conhecimento do desenvolvimento ao longo do ciclo vital, enfrentando e adaptado aos eventos importantes da vida e mudanças no estado de saúde de um estágio de bem-estar para um de enfermidade.

Assim, por transições compreende-se o período entre estados completamente estáveis, ou seja, são pontos de mudança os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações, que conduzem a novas auto-conceções (Meleis, 2010). Por esta razão, as transições recaem no domínio da pesquisa em enfermagem, quando são pertinentes

para a saúde ou para a doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde. Neste sentido, o enfermeiro pode e deve atuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis, de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo.

As transições incluem várias abordagens de teóricos que estão intimamente ligadas aos eventos que compõem o ciclo vital. Pela variedade de enfoques, a transição relaciona-se com o cuidado visando a prevenção e intervenção de enfermagem para cada caso específico de ocorrência, propiciando um significado aos enfermeiros de um enfoque inovador e possibilitando a reafirmação de teorias desenvolvidas e também a proposição de novas teorias.

Ao prestar cuidados baseados num modelo de transição, o enfermeiro aumenta as possibilidades de ajuda ao indivíduo, não focando apenas a cura. O importante é fornecer suporte a uma pessoa em transição, auxiliando-a a proteger e a manter a sua saúde para o futuro. O objetivo da intervenção de enfermagem é cuidar dos clientes, criando condições condutivas a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como um ser holístico e integral.

Partindo do pressuposto de que existem, ao longo do ciclo vital, eventos de transição que exigem novas adaptações, como são exemplo as denominadas transições normativas (casamento, nascimentos e morte) e, reconhecendo que a enfermagem tem um papel fulcral nos períodos antecipatórios, não só para a prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo e sobre a mudança e adaptação a novos papéis, então torna-se premente falar sobre a transição para parentalidade.

A parentalidade pode ser um dos mais exigentes papéis sociais em termos físicos e mentais que os indivíduos encontram nas suas vidas (Janisse, Barnett e Nies, 2009). Espera-se que os pais cuidem dos seus filhos, proporcionando-lhes condições ideais para o seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo (Ramos, 2005), desenvolvendo, de igual modo, uma função vital na socialização dos novos membros da família (Gage, Everett e

Bullock, 2006), contribuindo para a promoção da saúde e bem-estar da criança (Gage, Everett e Bullock, 2006).

No entanto, não basta querer ser pai/mãe. Há que se tornar pai/mãe e, para isso, há que passar por um processo de transição, que pressupõe um processo mental complexo (Houzel, 2004).

Cruz (2005), recorrendo a Bornstein (2002), Palácios e Rodrigo (1998), e Parke e Burriel (2006), procurou perceber quais as funções da parentalidade e a que necessidades da criança se deve dar resposta. Sistematizou, então, cinco funções: (1) satisfazer as necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde; (2) disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível, que possibilite a existência de rotinas; (3) dar resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra familiares; (4) satisfazer as necessidades de afeto, confiança e segurança, que se traduz pela construção de relações de vínculo; (5) satisfazer as necessidades de interação social da criança e a sua integração na comunidade.

Para avaliar as funções parentais, Houzel (2004) definiu três perspetivas: o exercício da parentalidade (refere-se aos direitos e deveres jurídicos subjacentes ao papel parental); a experiência da parentalidade (a experiência consciente e inconsciente de vir a ser pai e de preencher os papéis parentais, compreendendo o desejo pela criança e o processo de transição para a parentalidade) e a prática da parentalidade (diz respeito às atividades que os pais desenvolvem junto dos seus filhos).

Todas as transições são responsáveis por alterações na vida de quem as vive e, por assumirem implicações importantes na sua saúde, o seu grau de sucesso determina o bem-estar dos indivíduos. A verdade é que tornar-se pai/mãe assume-se como uma transição particularmente crítica, não só por ser permanente, mas também pelas implicações que existe quer na saúde dos pais quer na das suas crianças. A transição para a parentalidade, de acordo com Meleis (2010), no que se refere à sua natureza, enquadra-se no tipo desenvolvimental e situacional, isto porque é exigido aos pais a capacidade de se adaptar aos diferentes estádios desenvolvimentais da criança, bem como aos eventos críticos que possam

surgir no decorrer do processo de se tornar pai/mãe, como seja o nascimento prematuro da criança ou a criança real não ser a idealizada. Muitos são os estudos que têm demonstrado que o temperamento da criança, o seu sexo e idade, são variáveis determinantes para a adaptação à parentalidade (Kerig, Cowan e Cowan, 1993; McHale, 1995; Hudson, Elek e Fleck, 2001; Elek, Hudson, e Bouffard, 2003; Glabe, Bean e Vira, 2005), podendo estar subjacente uma identidade de papéis de género, uma maior espontaneidade na participação em atividades de cuidado infantil, e uma autoeficácia parental positiva relacionada com a capacidade adaptativa social, emocional e cognitiva da criança, que evolui com o passar do tempo (Coleman e Karraker, 2003). Acrescente-se que crianças avaliadas como tendo um temperamento mais fácil, proporcionam experiências parentais significativamente mais positivas do que aquelas que são avaliadas como tendo um temperamento mais difícil (Egeren, 2004; Glabe, Bean e Vira, 2005). Todavia, não existe unanimidade na forma como ocorre o processo de transição. Canavarro e Pedrosa (2005) referem que o processo de transição/adaptação para a parentalidade envolve quatro perspetivas distintas:

- » Vinculação – Numa perspetiva relacional, encara a parentalidade como fruto da construção da relação entre a figura cuidadora, que oferece a proteção, e o bebé, que procura a segurança;
- » Perspetiva ecológica – valoriza um modelo pessoa-processo-contexto, reconhecendo a importância de diferentes sistemas sociais, da sua interação e fatores associados, no processo de adaptação a esta transição normativa do ciclo de vida;
- » Perspetiva desenvolvimentista – baseia-se na conceção de que a transição para a parentalidade é uma fase desenvolvimental acompanhada de tarefas específicas;
- » Perspetiva baseada na teoria de *stress* e mudança – o processo de parentalidade baseia-se na conceção de adaptação à crise.

Têm sido inúmeros os estudos realizados sobre a temática da transição para a parentalidade, com contributos decisivos para a compreensão da forma como este processo decorre, bem como dos contributos dos vários

intervenientes quer para o sucesso, quer para o grau de satisfação atingido.

Em 2008 Soares conduz uma investigação que almejou compreender a transição para a parentalidade, as condições que facilitam e/ou inibem esse processo, bem como a sua vivência e os resultados da transição na parentalidade. Recorrendo à análise de conteúdo, a autora concluiu que a preparação para a parentalidade coincide com o desejo de ser pai/mãe, por outras palavras, inicia-se ainda antes de se planejar engravidar. A concretização deste projeto e o confronto com a iminência de se tornar pai/mãe efetiva favorece a que surgem sentimentos e emoções positivas e negativas, de acordo com o contexto em que se desenvolve. Concluiu ainda que os pais que planeiam a gravidez, que recebem preparação, que possuem mais conhecimentos e mais experiência no âmbito da parentalidade demonstram sentimentos e emoções mais positivas (Soares, 2008), o que vai ao encontro da Teoria das Transições de Meleis *et al* (2000).

De acordo com a investigação conduzida, pode-se inferir que a preparação, a educação e o treino de habilidades contribuem positivamente para o processo de transição (Mercer e Ritchie, 1997; Reid, 2000; Melnyk *et al*, 2001; Maltby, Kristjanson e Coleman, 2003; Coffey, 2006).

Como já referido anteriormente, as condições facilitadoras e inibidoras podem ser de ordem pessoal, social ou comunitária (Meleis *et al*, 2000). Soares (2008) constata no seu estudo que as características dos pais e das crianças, o tipo de relação estabelecido entre o casal, a partilha de tarefas e as crenças culturais são condições pessoais que exercem influência sobre a adaptação à parentalidade. Por outro lado, no que se refere aos recursos sociais, é valorizado o apoio material e psicológico dos familiares e amigos, a partilha de experiências e de conhecimentos. Relativamente aos comunitários, incluem os serviços de saúde, para darem resposta em termos de informação, educação, preparação e as creches.

Mercer (2003) defende na sua teoria de Consecução do Papel Maternal que a realização da identidade materna é um processo de desenvolvimento

encaixado nos círculos do micro, meso e macrosistema de Bronfenbrenner. Os pais atingem competências e integram um adequado comportamento de acordo com o seu papel definido pelos diferentes autores, tornando-se confortáveis com a sua identidade como pais e, simultaneamente, estabelecendo uma relação cada vez mais próxima com o seu bebé, tornando-se hábeis na realização de tarefas e desenvolvendo o sentimento de gratificação pelo seu papel. Uma autoeficácia alta para desempenhar as tarefas parentais e estabelecer e manter relações, poderá aumentar a satisfação com o papel parental, cuidando mais eficazmente dos seus filhos, resultando num melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança (Hudson, Elek e Fleck, 2001; Nyström e Öhrling, 2004). De acordo com Hudson, Elek e Fleck (2001), os enfermeiros conhecendo as necessidades dos pais, podem desenvolver intervenções precoces no apoio à adaptação à parentalidade.

O exercício da parentalidade encontra-se intimamente relacionado às questões de género. De acordo com Brasileiro, Jablonski e Féres-Carneiro (2002), a investigação tem vindo a demonstrar que pais e mães tendem a se diferenciar um do outro quanto a sentimentos e atitudes, papéis parentais e divisão de tarefas domésticas.

A divisão de tarefas desempenha um papel mais decisivo na satisfação conjugal das mulheres do que nos homens (Kluwer *et al*, 1996, cit. por Glabe, Bean e Vira, 2005). Parece existir uma correlação significativa entre a sobrecarga de trabalho doméstico e a qualidade da relação conjugal, apenas nas mães. Tem sido identificado nelas insatisfação nos papéis, esgotamento ou irritabilidade quando identificam que existe injustiça na divisão das tarefas, havendo dificuldade familiar em reorganizar os papéis e deixando antever a importância de prover um plano deliberado e proactivo no sentido de evitar ou minimizar estes problemas na transição para a parentalidade (Bird, 1999; Voydanoff e Donnelly, 1999; White, Wilson, Elander e Persson, 1999; Moller, Hwang e Wickberg, 2008).

Egeren (2004) na sua investigação evidenciou que as mães, que se encontravam frequentemente a prestar mais cuidados à criança do que tinham antecipado na gravidez, viviam a experiência como menos

suportável do que os pais, que se encontravam a prestar menos cuidados do que o esperado. Quando regressavam ao mercado de trabalho e a divisão de cuidados se aproximava das suas expectativas, as progenitoras tornavam-se mais satisfeitas com a relação de coparentalidade, assim como, tanto mães como pais, demonstravam uma maior satisfação na coparentalidade quando executavam menos cuidados do que o previsto.

De acordo com Feldman (2000) enquanto, para as mães, a sua sensibilidade está muito relacionada com a partilha de responsabilidades entre o casal, para os pais está relacionada com a partilha das responsabilidades domésticas, de cuidado à criança e com a quantidade de tempo que passa com ela aos fins-de-semana.

No que se refere às questões laborais, como o estatuto profissional, a satisfação com o trabalho, a carreira e o horário laboral, também influenciam a adaptação à parentalidade (Canavarro e Pedrosa, 2005). Ser mãe e ser profissional exige uma conciliação complexa e difícil física e emocionalmente, sentindo-se a mulher frustrada pela sua ausência de casa e o não acompanhamento do crescimento do filho, e por não conseguir dedicar-se como gostaria ao seu desenvolvimento profissional (Glat, 1994; Zagury, 2000; Moraes, 2001). Na verdade, são as mulheres que mais desinvestem profissionalmente para gerir os múltiplos papéis, sendo consensual em Portugal que a abdicação da carreira, caso haja incompatibilidade, deva ser feita pela mulher (Aboim, 2010).

A transição para a parentalidade implica importantes adaptações na vida dos progenitores, das quais resulta um significativo crescimento pessoal e conjugal, sendo tipicamente acompanhada por redução da satisfação conjugal (Canavarro, 2001). De acordo com Silva e Figueiredo (2005), tem sido demonstrado, em diversos estudos de investigação, que a satisfação com o relacionamento marital diminui significativamente durante a gravidez e no período que sucede ao nascimento do primeiro filho, exercendo influência na transição para a parentalidade (Ahlborg e Strandmark, 2001; Gage, Everett e Bullock, 2006; Lopes e Fernandes, 2005; Mendes, 2007).

Hidalgo e Menendez (2003) concluíram, com o seu estudo, que a chegada de um filho não é responsável pelo declínio na relação conjugal, mas sim o modo como a relação funciona antes da chegada do filho. Os resultados do estudo longitudinal que conduziram, realizado com 96 casais em transição para a parentalidade, indica que fatores como o apoio emocional dos cônjuges, o envolvimento paterno com os cuidados do bebé e a satisfação com a divisão dos trabalhos domésticos podem influenciar a forma como a relação conjugal se desenvolve durante esta transição.

A principal queixa dos novos pais, enquanto casal, é a falta de tempo para estarem juntos, sendo a vida sexual inevitavelmente influenciada (Cowan e Cowan, 2000; Condon, Boyce e Corkindale, 2004). Em outros estudos é salientado o aumento dos níveis de conflito conjugal durante o ajuste pós-nascimento (Glabe, Everett e Bullock, 2006; Knauth, 2001).

A chegada de um filho pode fazer sentir um declínio em termos de romance, mas na mesma medida pode aumentar o companheirismo e a parceria durante a transição para a parentalidade (Pittman, 1994; Gloger-Tippelt e Huerkamp, 1998; Lopes e Menezes, 2007). De acordo com a investigação de Price (2004), durante este período de transição a maioria dos participantes assumiu uma melhoria no seu relacionamento e satisfação conjugal.

Os resultados de Lee e Doherty (2007) parecem indicar que quando um pai está mais satisfeito com o casamento, tende a envolver-se e a interagir ativamente com a criança. Para Gloger-Tippelt e Huerkamp (1998), a alta qualidade na interação marital entre os pais é responsável pelo estabelecimento de um relacionamento mãe/filho seguro e suporta a perspectiva de que a qualidade da relação conjugal durante a transição para a parentalidade é sistematicamente relacionada com o crescimento da qualidade de afeto entre a mãe e a criança.

O apoio social está, também, associado ao bem-estar emocional dos pais. Definido como uma provisão do ambiente social e um importante aspeto de troca entre a pessoa e o mundo social, é um conceito multidimensional que envolve o conforto, a assistência e/ou informações que alguém recebe de contactos sociais formais ou informais (Warren, 2005). Podem ser de

ordem instrumental (execução de tarefas domésticas, cuidados infantis), material ou financeiro, emocional, ou fornecido sob a forma de conselhos e informação, encorajando os progenitores no exercício da parentalidade e contribuindo para a diminuição do *stress* e sobrecarga experienciados.

O suporte social influencia a adaptação e o exercício da parentalidade (Relvas, 2004) e pode representar um meio facilitador ou inibidor da mesma (Meleis, 2010; Meleis *et al*, 2000). A propósito do apoio social vários são os estudos conduzidos que fornecem informação acerca dos seus efeitos benéficos. No estudo de Lu (2006), os pais que receberam mais suporte apresentaram menos sintomas psicológicos e maior satisfação marital às 6 semanas pré e pós-parto. Glabe, Bean e Vira (2005), no seu estudo associam o suporte social à depressão maternal diminuída, melhor relação marital e mais alta sensibilidade maternal. Canavarro (2001) acrescenta, a este propósito, que a existência de suporte social durante a gravidez, parto e maternidade, tem sido consistentemente associada à adaptação maternal e à qualidade dos cuidados prestados no período pós-natal.

O apoio do cônjuge e da família alargada, especialmente a materna, estão identificados como fontes de apoio mais valorizadas, pelos estudos de Dessen e Braz (2000) e Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006) onde a mulher espera do companheiro o principal suporte, seguido da sua mãe e só depois de outros familiares.

Para além da família, outros casais com quem se identificam, podem constituir-se um recurso importante de suporte, tornando-se úteis quando existem crises, dando suporte e encorajamento (Cowan e Cowan, 2000). De acordo com Wilkins (2006), os pais para além das necessidades de cariz prático, sentem necessidade de confirmar a normalidade das suas experiências e emoções com outros pares.

Outro fator facilitador do processo de transição apontado por Rodrigues, Fernandes, Rodrigues, Jorge e Silva (2007) é o suporte proporcionado por profissionais de saúde. O facto dos profissionais de saúde disponibilizarem informação técnica e científica pertinente para a aquisição de competências em cuidar, disponibilizando-se para esclarecer

dúvidas, pode minimizar sentimentos de insegurança, angústia e ansiedade, vivenciados neste período (Wilkins, 2006; Monteiro, 2005). No contexto atual, não é possível descurar as questões financeiras e económicas. No estudo de Elek, Hudson e Fleck (2002), o rendimento mais baixo dos pais esteve significativamente relacionado com altos níveis de fadiga que apresentavam durante a gravidez e às 4 e 8 semanas pós-parto, assim como com a fadiga maternal pré-natal, o que faz com que se questione sobre a saúde mental da mulher no período pós-parto.

A saúde mental é uma componente integrante e essencial da saúde. Embora ambiciosa, a definição da OMS para saúde é de que “é um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Uma consequência imediata e importante dessa definição é que a saúde mental é descrita como mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiência. É um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, podendo fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e de dar um contributo positivo para a sua comunidade. Neste sentido, a saúde mental é a base para o bem-estar individual e para o bom funcionamento de uma comunidade.¹

A nível mundial mais de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, no entanto pressupõe-se que este número seja bem maior. A saúde mental é parte integrante da saúde, na verdade, não há saúde sem saúde mental, que deverá ser entendida como sendo mais do que a ausência de transtornos mentais. A saúde mental é determinada por fatores biológicos, ambientais e socioeconómicos e está relacionada com a promoção do bem-estar, a prevenção de transtornos mentais, no tratamento e reabilitação de pessoas afetadas por transtornos mentais¹.

A saúde mental é definida como um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, como lidar com o *stress* normal da vida, como trabalhar de forma produtiva e frutífera, sendo capaz de

¹ Investing in mental health: evidence for action –
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf?ua=1

contribuir para si ou para a comunidade². Pode ser também entendida como o equilíbrio emocional entre o património interno e as exigências ou vivências externas e a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo, perder o valor do real e do precioso, responsabilizando-se pelas suas próprias ações, sem perder a noção de tempo e de espaço, procurando viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando as leis e os outros. Implica também estar bem consigo e com os outros, reconhecer os seus limites e procurar ajuda quando necessário, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações³. De acordo com a OMS todas as mulheres têm uma forte probabilidade de desenvolver transtornos mentais durante a gravidez e no primeiro ano pós-parto.

Na verdade, a gravidez, o parto e o puerpério constituem períodos críticos de transição do ciclo vital da mulher e representam verdadeiras fases de desenvolvimento da personalidade e crescimento emocional. Estes são períodos de grandes mudanças biológicas e físicas, revestidas de mudanças metabólicas acentuadas, estados temporários de possível desequilíbrio, necessidades de adaptação e reajustamentos inter e intrapessoais, de reformulação da identidade e de reordenação das relações interpessoais (Maldonado, 1995), sendo necessário cerca de 3 a 4 meses para se estabelecer um desenvolvimento e ajustamento psicossocial adequado (Ziegel e Cranley, 1985). Todavia, existem fatores que podem influir nesta adaptação, nomeadamente a pobreza, a migração, o *stress* extremo, a exposição à violência seja ela doméstica, sexual ou de género, as situações de conflito e emergência, desastres naturais e baixo apoio social, aumentando os riscos para doenças específicas.

² Mental Health Action Plan: 2013-2020 – WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1

Ambos consultados a 17 de fevereiro de 2014

³ Mental Health Action Plan: 2013-2020 – WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1

Consultado a 17 de fevereiro de 2014.

As mulheres, no auge da sua idade fértil, têm uma prevalência de distúrbios emocionais de cerca de duas vezes superior à dos homens, havendo estudos sobre a depressão que demonstram que a sua incidência é de cerca de 5% em mulheres não-grávidas, cerca de 8-10% ao longo da gravidez e de cerca de 13% no ano que se segue ao nascimento. De qualquer modo, independentemente das estatísticas apresentadas, os problemas de saúde mental materna representam uma enorme sobrecarga humana, social e económica. O estado depressivo da mãe pode acarretar repercussões negativas nas primeiras interações com o bebé e, conseqüentemente, no desenvolvimento da parentalidade, isto porque as interações que se estabelecem entre bebés e mães deprimidas, caracterizam-se por um menor nível de atividade e sincronia do que aquelas estabelecidas na ausência dos sintomas da depressão materna. Mães deprimidas tendem a reagir menos às necessidades dos seus filhos que, por sua vez, tendem a apresentar maiores necessidades de afeto (Cho, Kwon e Lee, 2008; Dennis e Creedy, 2008; Lintner e Gray, 2006).

De acordo com o estudo de Conde e Figueiredo (2003), a mulher que durante a gravidez apresente distúrbios emocionais, pode ter uma ingestão alimentar diminuída e rotinas de sono alteradas, deixando de apresentar um aumento ponderal de modo adequado. Para além disso, têm maior probabilidade de não comparecer nas consultas de vigilância pré-natal, podendo inclusive até deixar de procurar ajuda para o parto. Têm, de igual modo, maior propensão a usar substâncias nocivas, como álcool, tabaco e drogas e podem tentar ferir-se ou suicidar-se. Os autores acrescentam, ainda, que a reposta neuroendócrina ao *stress* está aumentada durante a doença mental materna, podendo ter efeitos físicos na mãe, como seja pressão sanguínea aumentada, pré-eclampsia, parto difícil e prematuro. Por outro lado, poderão registar-se efeitos sobre o feto, levando a que sejam pequenos para a idade gestacional.

Soifer (1992) refere que "os primeiros seis meses após o parto definem em boa medida, o futuro mental da mulher, assim como determinam e selam a relação com o filho, a família e a sociedade" (p.64). Os estudos de Beretta, Zaneti, Fabbro, Ruggiero e Dupas (2008) e de Silva, Moura de

Araújo, Moura de Araújo, de Lima Carvalho e Áfio Caetano (2010) parecem indicar que a mulher com depressão, após o parto, pode deixar de comer adequadamente, tomar banho ou cuidar de si. Este comportamento aumenta os riscos de infecção e anemia, sendo o risco de suicídio também considerável. Salientam ainda que, em patologias psicóticas, o risco de infanticídio deve ser considerado, para além de que toda a situação afeta as crianças muito jovens que são altamente sensíveis ao ambiente, que é representado, em grande parte, pela mãe. São igualmente afetadas pela qualidade da atenção que a mãe lhes dedique, estando mais suscetíveis de serem afetados por mães com transtornos mentais - especialmente se a mãe tem mau humor, retraimento social, irritabilidade, dificuldade de raciocínio e sentimentos de desesperança.

De acordo com a OMS⁴ as mães deprimidas e ansiosas são menos propensas a olhar para os rostos dos seus filhos e a se conectarem emocionalmente com eles, são menos propensas a compreender os seus sinais de fome, de felicidade e/ou sofrimento e, portanto, são menos sensíveis ao bebé.

Estudos indicam que filhos de mães com depressão crónica apresentam menor sociabilidade com estranhos, expressões faciais reduzidas, sorriem menos, choram mais e são mais irritados, comparativamente com filhos de mães emocionalmente estáveis (Brown, Small e Lumley, 1997; Zinga, Philips e Born, 2005; Schetter e Tanner, 2012). Os mesmos estudos também indicam que em testes de raciocínio e de inteligência, aos 18 meses de idade, registam valores abaixo da média e inferiores aos dos filhos de mães sem alterações emocionais. Existem ainda diferenças na aquisição e desenvolvimento de competências como a fala, atenção e brincam menos.

Os efeitos do transtorno mental materno em crianças mais velhas na família podem incluir negligência, abuso e conduzir a um desenvolvimento social, emocional e cognitivo mais lento, incluindo taxas mais elevadas de problemas de comportamento e escolares (Schetter e Tanner, 2012).

⁴ Mental Health Action Plan: 2013-2020 – WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
Ambos consultados a 17 de fevereiro de 2014

A doença mental materna pode ter efeitos graves também sobre as relações conjugais, especialmente no caso de distúrbio mental prolongado ou grave, que podem incluir a interrupção do casamento e/ou maus-tratos por qualquer um dos parceiros (Letourneau, Duffett-Leger, Dennis, Stewart e Tryphonopoulos, 2011).

A verdade é que o período pós-parto representa um momento de *stress* emocional para a mulher, pois por um lado vive emoções intensas e variáveis, como a de alegria, alívio, mas por outro, é um período de incógnitas em que a competência pessoal de se cuidar de alguém que depende inteiramente dos cuidados de uma outra pessoa é questionada, e em que se vive grandes alterações fisiológicas. Por essa razão, este é um período que pode ser reconhecido como de crise, constituindo verdadeiros marcos no crescimento emocional, e que, em grande parte, determinam o estado de saúde mental da pessoa. O nascimento de um filho, como referem Zinga, Philips e Born (2005), é um acontecimento que exige reorganizações pessoais e relacionais profundas. Por uns, pode ser encarada como uma situação de crise, por outros, de *stress* e, ainda por outros, como uma transição desenvolvimental.

Nesta perspetiva, Meleis (2010) considera os acontecimentos da vida, como o nascimento de um filho, como transições que exigem reorganizações desenvolvimentais.

As transições desenvolvimentais exigem mudança nos pressupostos sobre a pessoa e sobre o mundo e requerem, deste modo, uma correspondente mudança no próprio comportamento e relação (Shumacher e Meleis, 1994; Meleis et al, 2000; Mercer, 2004). Focaliza-se a atenção nas exigências que a mudança impõe e que se constituem como fonte de *stress* para a pessoa, de tal modo que o resultado do processo de transição pode ser positivo ou negativo em termos desenvolvimentais (Meleis, 2010). O *stress* surge quando a relação entre a pessoa e o seu meio é por ela percebida como excedendo os seus recursos e fazendo ameaçar o seu bem-estar. Só faz sentido falar-se de situações stressantes, quando uma situação tem impacto negativo nas pessoas, devendo ser evitada.

A expressão transição tem sido utilizada para traduzir todo o processo que medeia desde o acontecimento que a precipita até ao resultado subsequente, pelo que é importante nela integrar as dimensões de *stress*, mas também de crise. Deste modo, então, crise referir-se-á ao desequilíbrio subsequente ao acontecimento, exigindo reestruturação, reorganização, ou reconstrução desenvolvimental do sujeito (Cordeiro, 1994). Este conceito tem sido utilizado para designar o que ocorre quando um acontecimento afeta a pessoa, de tal modo que a impossibilita de assumir responsabilidades pessoais, fazendo com que sejam capazes de agir recorrendo a padrões consistentes que lhes permitem, em prazo curto, resolver os problemas que surgem. Sendo um acontecimento indesejável, emerge tensão, surgindo sentimentos de desconforto e pressão, ansiedade, medo, vergonha, culpabilidade, sensação de abandono, desorganização funcional. Nos casos em que os mecanismos habituais funcionam, não se está perante uma situação de crise. Salvaguarde-se, no entanto, que o conceito de crise está reservado para acontecimentos dramáticos, que não constituem a maioria dos acontecimentos que desafiam as pessoas. Tem subjacente a necessidade de se encontrar o equilíbrio, procurando minimizar as suas consequências, recuperar o equilíbrio perturbado, prevenindo, se possível, a sua ocorrência (Meleis *et al*, 2000; Mercer, 2004; Meleis, 2010).

Por vezes, as crises desenvolvimentais são caracterizadas por uma rutura brusca da homeostasia psíquica, o que se torna como um momento de risco para a pessoa, que pode evoluir para perturbações a nível afetivo ou cognitivo quando os seus recursos pessoais estão diminuídos ou a intensidade do *stress* é grande para a capacidade de adaptação e de reação da pessoa. Aquando do puerpério, esta é uma realidade que exige da mulher/família uma capacidade acrescida, uma vez que a principal transição que se vivencia neste período prende-se com uma redefinição de papéis, de tal ordem complexa, que implica a própria redefinição da identidade. A gravidez e a maternidade implicam mudanças. Assim, pensar as adaptações que ocorrem neste período, exige compreender o desenvolvimento psicológico da maternidade, que se estende desde a

conceção até ao fim do puerpério que, aliás, é o período que corresponde à transição para a parentalidade (maternidade/paternidade) e as mudanças que acarreta. Uma delas diz respeito à irreversibilidade dos processos físicos de gravidez, trabalho de parto e nascimento. Um processo que depois de iniciado não volta atrás e dá início a uma nova vida (bebé) e que modifica a identidade, papéis e funções da mãe, assim como de toda a família. A gravidez e maternidade, como processos que implicam mudanças, acarretam *stress*.

Sendo a gravidez e a maternidade um período de desenvolvimento, que se caracteriza pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e viver uma crise própria, está diretamente relacionada com a mudança e com o *stress*. O *stress* não implica necessariamente sofrimento, mas sim necessidade de reorganização e se ultrapassado pode permitir o acesso a níveis de funcionamento superiores.

De acordo com Canavarro (2002), estudos empíricos feitos ao longo da gravidez e pós-parto têm tentado estabelecer associações entre as tarefas de desenvolvimento que caracterizam este período com o desenvolvimento cronológico da gravidez e puerpério.

A correspondência entre as dimensões tempo cronológico e a tarefa desenvolvimental não é linear. Há tarefas que se prolongam para além do período considerado, outras que não coincidem com o início do período em causa. As tarefas sobrepõem-se e misturam-se na realidade. Para Canavarro (2002), **Aceitar a gravidez** pode ser considerada a tarefa 1, que parece estar implícita no processo de gravidez, mas não está, mesmo sendo uma gravidez desejada/planeada, o reconhecimento de que ocorreu a conceção faz com que inicialmente a mulher se sinta ambivalente entre o desejo e o receio de gravidez (Brazelton e Cramer, 2002; Colman e Colman, 1994; Mercer, 1996). Esta ambivalência é mais característica dos primeiros tempos de gravidez e é relativa à sua viabilidade, à aceitação do feto, às mudanças que o novo estado acarreta e à própria maternidade. Para a ultrapassar contribui a confirmação definitiva do estado de gravidez e a aceitação e apoio dos familiares mais próximos. Inicia-se também o processo de identificação materna, procurando referências nos modelos

maternos conhecidos (mãe) sobre a forma como se comportar e de se preparar a si e à família para a chegada do novo elemento. O processo de aceitação e de integração da gravidez é fundamental para que a mulher possa progredir nas tarefas seguintes.

Relativamente à Tarefa 2, **Aceitar a realidade do feto**, inicialmente é vivida como uma mudança no corpo da mulher, a mãe concebe o bebé como parte de si e a sua atenção encontra-se centrada nas transformações do seu corpo (Colman e Colman, 1994). Progressivamente a representação do bebé torna-se mais autónoma e realista, pela perceção dos movimentos fetais e pelos registos ecográficos. É o ponto de partida para a diferenciação mãe/feto traduzindo-se na aceitação do feto como entidade separada. Esta representação cognitiva é fundamental para a ligação materno-fetal, para a preparação para o parto e para a separação física do parto. Intensificam-se as fantasias relacionadas com o bebé, como sejam: a prestação de cuidados, características físicas, temperamento e nome.

A nível observável a grávida começa a falar com o bebé, a cantar-lhe, a acariciar a barriga. Lederman (1997) refere que esta comunicação verbal é táctil e o indicador exterior dos processos ultrapsíquicos que ocorrem nesta etapa.

Reavaliar e reestruturar a relação com os pais, constitui-se como a tarefa 3 e prende-se com a reavaliação da relação passada e presente com os próprios pais, sobretudo com a mãe. Para que a mulher se sinta confortável no papel materno, é necessário que numa primeira etapa, consiga integrar as experiências positivas e negativas que teve como filha (Colman e Colman, 1994). Esta integração permite que a mulher se afaste de posicionamentos extremos, ou seja, que adote comportamentos iguais ou opostos à sua mãe e adote alguns comportamentos semelhantes aos da sua mãe (que considere adequados e outros comportamentos diferentes daqueles que considere disfuncionais). Permite ainda que no futuro a mulher aceite e lide melhor com as suas falhas como mãe.

A gravidez é uma oportunidade para resolver ou agravar conflitos desenvolvimentais passados. É sempre necessário esta reavaliação das relações passadas, para que se construa uma identidade materna própria,

de forma a se adaptar ao contexto específico. Importante também é pensar nos papéis a desempenhar entre pais/avós, de modo a evitar confusões entre gerações. Estes devem ser diferenciados. Deve haver um equilíbrio entre o apoio e a autonomia.

No que respeita à Tarefa 4, **reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro**, os papéis e as identidades não são acrescentados aos já existentes. Novos papéis e novas funções têm que ser integrados num todo já pré-existente, com a reestruturação dos mais antigos. Nesta sequência o relacionamento conjugal vai sofrer um desafio. O casal tem que reajustar a sua relação a nível afetivo, de rotina diária e de relacionamento sexual. É necessário flexibilizar a aliança conjugal e tornar a aliança parental, onde a partilha, as tarefas domésticas, os cuidados, a tomada de decisão, o suporte emocional, devem ser considerados. Durante este período o cônjuge é considerado como o principal suporte, embora haja diminuição de satisfação conjugal durante a gravidez e puerpério (Figueiredo, 2000; Silva e Figueiredo, 2005). O nascimento de um filho é de extrema importância na vida de um casal, há quem o considere o “salvador do casamento”, no entanto, há dados que contrapõem esta ideia e digam que a chegada de um filho é uma prova de existência ao relacionamento conjugal, que ultrapassada é vetor de crescimento pessoal, conjugal e familiar.

Relativamente à Tarefa 5, **aceitar o bebé como pessoa separada**, ocorre no último período de gravidez: há a preparação para a separação que culmina com o parto. Neste período aumenta a ansiedade, devido à antecipação do parto. É um acontecimento desconhecido para as primíparas e não controlável para as múltiparas, fisicamente desconfortável e onde se dá o confronto com o verdadeiro bebé. É um período também ambivalente, por um lado a vontade de ver o filho e por outro a vontade de prolongar a gravidez e adiar o parto e as novas exigências que o nascimento de um bebé acarreta (Colman e Colman, 1994; Mercer 1996; Silva e Figueiredo, 2005). Ser mãe é um ajuste contínuo entre expectativas e realidades, que começa mal o bebé nasce, com o confronto entre o bebé fantasiado e o bebé real.

Para alguns autores o período pós-parto é considerado como o quarto trimestre tanto pelas modificações físicas da mulher que se procuram reequilibrar, como pelas necessidades do bebé, que necessitam ser satisfeitas (Bruschweiler-Stern, 1998; Stern, 1998; Stern e Stern, 2000). Quando o bebé nasce a mãe é confrontada com muitas decisões que tem que tomar e de comportamentos a adotar. O grande desafio desenvolvimental nesta fase é ser capaz de interpretar e responder ao comportamento do bebé. As necessidades da mãe e do bebé por vezes podem ser coincidentes, quer a nível físico (quando amamenta) quer a nível emocional (nos carinhos, brincadeiras). Há vezes em que isso não acontece, e a mãe pode por exemplo pegar no bebé ao colo, porque ela própria necessita de conforto. A mãe tem que aprender e assumir que a criança é dependente, mas que simultaneamente precisa de autonomia, ela tem que saber atuar num espaço onde as regras estão sempre a mudar devido ao desenvolvimento do bebé. A tarefa principal é aceitar que embora gratificante para a mãe, a existência do bebé está para além dela, e que esta deve ser aceite como pessoa separada, com características e necessidades próprias.

Quanto à Tarefa 6, **Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade**, integrar na sua identidade o papel, função e o significado de ser mãe é o grande desafio entre a proteção/autonomia do filho, a dádiva e o espaço próprio. É um momento de reavaliar a maternidade em termos de perdas e ganhos e aceitar as mudanças daí decorrentes, adaptando-se a uma identidade prévia. Há mulheres que investem em carreiras profissionais, têm receio de serem “apanhadas” nos papéis femininos tradicionais, enquanto outras gostam de ser mães a tempo inteiro, sentindo também algum receio de não serem socialmente aceites. O confronto com as dúvidas e as ambivalências pode ser causa de mal-estar, mas torna as pessoas mais aptas a lidar com problemas futuros.

Finalmente, a última Tarefa 7, **Reavaliar e reestruturar a relação com outros(s) filho(s)**, as mulheres que não são primíparas e que já têm um ou mais filhos têm de reavaliar e reestruturar as relações com estes filhos. As múltiparas experienciam ansiedades diferentes das primíparas. A sua

atenção foca-se no receio de abortar, de ter um parto pré-termo e nos sintomas físicos, entre outros. É uma família mais complexa do ponto de vista relacional, sendo que o assumir uma criança é mais exigente.

Lederman (1997) identificou três temas básicos das preocupações das multíparas:

- A capacidade física para cuidar de duas ou mais crianças ao mesmo tempo;
- Os sentimentos de culpabilidade, ao antecipar a reação do primeiro filho ao nascimento do irmão;
- A capacidade para amar as duas crianças de forma igual.

A mulher tem que ter a ideia de mais um filho como outra pessoa separada, não o assimilando à identidade de outros filhos. Deve também ajudar os outros filhos a prepararem-se para a chegada do irmão.

Os períodos de crise são, no contexto desenvolvimental, momentos para o desenvolvimento pessoal. A adaptação à maternidade acaba por traduzir a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais.

Há vários fatores que influenciam a adaptação à maternidade: a própria mulher (decorrer obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, relacionamento passado com a mãe, história psiquiátrica, antecedentes familiares), ao bebé (peso à nascença, saúde física e temperamento), relacionados ao meio envolvente (relacionamento conjugal, apoio do meio relacional mais próximo e apoio institucional).

Daí a importância de intervenções psicológicas precoces, de medidas preventivas de forma a incrementar procedimentos de proteção e anular ou diminuir as situações que possam ser fatores de risco acrescido.

Colman e Colman (1994) não limitam o desenvolvimento destas tarefas psicológicas à mulher, mas atribuem grande significado a nível do casal tornando clara a ideia de que os pais têm de aprender a estar unidos numa posição forte, empática e consertada entre o casal. Acrescenta ainda que devem ser sensíveis às necessidades um do outro, tendo a preocupação de partilhar experiências, em ajudar o outro a lidar com acontecimentos desconhecidos e por vezes assustadores, com vista ao crescimento individual e de casal.

Desde o nascimento do bebé, a mulher/casal vai realizar importantes processos adaptativos, descritos por Brazelton como:

- A finalização brusca da fusão com o feto, com fantasias de integridade e onnipotência proporcionadas pela gravidez;
- A adaptação a um novo ser que provoca sentimentos de estranheza
- Chorar o filho (perfeito) imaginário e adaptar-se às características específicas do bebé real;
- Lutar contra o medo de causar dano ao bebé ao sentir-se inexperiente;
- Aprender a tolerar e desfrutar as enormes exigências que impõe a total dependência do bebé.

(ct por Sabriá, 1997, p. 92)

Rubin (1984) identifica períodos ou fases de ajustamento pelos quais as mulheres passam no pós-parto: **o período de introspeção** ou **fase de adaptação** que ocorre durante o primeiro e segundo dia, que se caracteriza pela mãe estar mais passiva e dependente. As suas energias estão direcionadas para preocupações com o seu corpo e frequentemente revê a sua experiência do trabalho de parto e parto. Nesta fase, necessita de muita proteção e apoio. É importante que a mulher tenha oportunidade de descansar, de forma a contornar os efeitos de privação do sono, fadiga, irritabilidade. Para além disso, também as necessidades físicas e o bem-estar da nova mãe, terão de ser entendidas pela equipa de saúde. Só após a nova mãe ver as suas necessidades satisfeitas, será capaz de atender às necessidades do recém-nascido. Nesta fase, a ansiedade e a preocupação com o novo papel limita muitas vezes a mãe à retenção de informação.

O segundo período descrito pelo mesmo autor é o de **controle da situação** ou **fase de pegar e reter**. Ocorre entre o segundo e o quarto dia e define-se como o período em que a mãe passa a se interessar e a se esforçar para prestar atenção às necessidades e cuidados do recém-nascido; tem preocupação com a sua capacidade de desempenho do papel de mãe e de aceitar a responsabilidade para com o seu filho. Durante esta

fase, pode estar sensível a sentimentos de inadequação, pelo que a atuação do enfermeiro deverá ser no sentido de lhe oferecer instruções e suporte emocional de forma a aumentar a sua autoestima. Necessita que a tranquilizem constantemente e lhe digam que está a fazer bem, estando este desejo de êxito relacionado com a sua compreensão permanente de ser boa mãe. A mulher que amamenta o seu filho preocupa-se com a sua capacidade de o amamentar com êxito.

Por último a **fase do abandono**, acontece com o regressar a casa em que a mulher é envolvida num grande momento de reorganização familiar, exigindo um conjunto de alterações. É o tempo de transição, adaptação e reajustamentos de papéis, novas responsabilidades, nervosismo, fadiga e de recuperação do seu estado não gravídico (Rubin, 1984).

O mesmo autor refere que os 10-14 dias é um período propenso à crise e de desequilíbrio "normal", especialmente nos casos em que se é pai/mãe pela primeira vez.

Na verdade, o internamento é um período revestido de experiências muito intensas, que exigem da mulher uma adaptação rápida quer à sua nova condição quer ao recém-nascido, exigindo-se que se torne autónoma nos cuidados a lhe prestar e, simultaneamente, que se adapte a um conjunto inúmero de alterações físicas, sociais e psicológicas. Por essa razão, o regresso a casa poderá ser encarado como um momento ambivalente: representa, por um lado, chegar ao meio que lhe é familiar e desejado, por outro, o assumir de um conjunto de responsabilidades pelo cuidado do seu filho que, no internamento, poderia estar delegado nos enfermeiros/profissionais de saúde. Assim, advinha-se um período de três a quatro semanas cansativo, que exige da mulher um esforço suplementar para que se consiga focar em outros aspetos que não as falhas, isto porque estão atentas e centradas apenas nos seus filhos e nas suas necessidades 24 horas por dia. Devido a esta situação, muitas são as mulheres que experimentam o chamado "*baby blues*", que surgem por volta do terceiro dia após o parto (Robertson, Grace, Wallington e Stewart, 2004). Caracteriza-se pelo humor oscilante e lábil, pelo sentimento de tristeza, crises de choro, emotividade exacerbada, hipersensibilidade.

Pode ainda ocorrer ansiedade, fadiga e preocupações excessivas com a saúde do bebé. De acordo com estudos realizados, o seu aparecimento surge entre o 3º e 4º dia pós-parto com uma prevalência a rondar os 50 a 80% das puérperas, com uma média a rondar os 67%. Apesar disso, é uma condição benigna de duração variável, sendo a forma mais leve dos distúrbios de humor no pós-parto. O seu tratamento passa muito pela compreensão e apoio familiar. Todavia, há a possibilidade do *baby-blues* evoluir para um quadro de Depressão Pós-Parto (DPP), com características mais graves ainda que no início com contornos pouco distintos dos que caracterizam o *baby-blues* (Colman e Colman, 1994; Botega e Dias, 2002).

A forma mais grave de depressão é a psicose puerperal, caracterizada por um comportamento e sintomas psicóticos, tornando-se uma situação patológica requerendo apoio profissional. De acordo com Rocha (1999) e Robertson, Grace, Wallington e Stewart (2004), o seu início ocorre de forma brusca até três meses após o parto. A puérpera com este distúrbio experimenta alterações de humor, com ideias delirantes, alucinações, alterações de ordem cognitiva, ideias suicidas e rejeição do recém-nascido, que pode culminar em infanticídio. Felizmente os casos desta patologia são pouco frequentes.

A DPP é uma patologia que pode afetar a qualidade de vida das mães e ameaçar o desenvolvimento emocional, social, comportamental e psicológico do recém-nascido e de toda a unidade sócio-familiar (Lintner e Gray, 2006).

É uma patologia de humor que a saúde da mãe, bem como o desenvolvimento do seu filho, assumindo um impacto negativo ao nível sociofamiliar. As manifestações desta situação clínica aparecem habitualmente quatro semanas após o parto, alcançando valores mais elevados nos primeiros seis meses, podendo aparecer nos primeiros 12 meses após o parto. A depressão associada ao nascimento de um bebé pode ter origem em fatores biológicos, obstétricos, psicológicos ou sociais, manifestando-se através de um conjunto de sintomas que incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, deterioração da relação conjugal, transtornos

alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, queixas psicossomáticas, ideias suicidas, bem como dificuldades no estabelecimento de laços parentais (Lintner e Gray, 2006; Cho, Kwon e Lee, 2008; Dennis e Creedy, 2008). Esta patologia atinge cerca de 10 a 15% das mulheres (Robertson, Grace, Wallington e Stewart, 2004; Lintner e Gray, 2006; Ingram e Taylor, 2007), o que significa que uma em cada sete mulheres tem probabilidade de vir a sofrer de Depressão Pós-Parto.

Os cuidados que são oferecidos à mulher no decorrer da gravidez e no primeiro ano após o nascimento podem provocar efeitos a longo prazo nela e no seu filho extremamente positivos, como são exemplo o desenvolvimento da capacidade de gestão de novos desafios, de competências face a nova situação e o sentimento de conforto com o novo papel (Colman e Colman, 1994; Lederman, 1997; Stern, 1998; Cowan e Cowan, 1992; Mercer, 2004). Mercer (2004) refere, ainda, que as enfermeiras em serviços de saúde materno-infantis desempenham um papel importante na prestação quer de cuidados, quer no fornecimento de informações durante este período.

Assim sendo, a promoção do bem-estar das puérperas e a prevenção de patologias psicoafectivas no pós-parto, merece por parte das entidades políticas, em geral, e dos profissionais de saúde, em particular, uma atenção especial, para que seja detetada precocemente e para que se possa intervir no sentido de prevenir o desenvolvimento desta patologia.

Uma atuação preventiva pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão. Mais do que isso, o atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de parentalidade. O desempenho e o desenvolvimento de investigações sobre a DPP são diversos e passíveis de serem abordados por diversos prismas, o que pode conduzir à reflexão sobre o facto de esta ser uma problemática multifacetada, formada por um conjunto de fenómenos distintos que, em comum, partilham o facto de alguém ser afetado por uma patologia com

consequências biológicas, psicológicas ou sociais e que pode comprometer a continuidade do projeto de saúde das pessoas.

A prevenção precoce, por meio de ações e intervenções integradas que tenham em conta as variáveis associadas à depressão, pode impedir as mães de desenvolverem transtornos psíquicos e pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. No entanto, embora estas patologias atinjam um número considerável de mulheres, a verdade é que, ao contrário do que acontece com outras patologias, esta é uma doença frequentemente subvalorizada pela maioria dos profissionais de saúde, contrariamente ao que acontece com outras patologias associadas à gravidez, tais como a diabetes e a hipertensão arterial, que são alvo de despiste ao longo de toda a gestação ou como a hemorragia pós-parto (Zinga, Phillips, Born, 2005).

Ao longo deste capítulo, pôde concluir-se que a chegada de um filho implica um processo de transição para a mulher, revestido de crises e *stress*, em especial nas primíparas. No puerpério experimentam e vivem uma situação nova, com um conjunto de fatores, processos e fases que se não forem contornados, concretizados ou controlados podem pôr em risco a própria puérpera, o recém-nascido e a estrutura orgânica familiar. Todas as dificuldades ou problemas biopsicossociais que podem surgir no puerpério, associados às questões relacionadas com mudanças de papéis, desconhecimento e falta de apoio, podem gerar momentos de inquietação, ansiedade e insegurança, que irão comprometer a estabilidade do núcleo familiar.

PARTE 2
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 1

PERCURSO METODOLÓGICO

Toda a investigação realizada prevê a definição de pressupostos metodológicos que descrevam o percurso e as opções tomadas, nomeadamente as questões instrumentais que estão ao serviço da pesquisa, em que toda a questão técnica implica uma discussão teórica. Assim sendo, a metodologia deverá ser vista neste contexto como o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, averiguando e questionando acerca dos seus limites e possibilidades (Demo, 1989; Gómez, Flores, e Jiménez, 1999; Denzin e Lincoln, 2005).

Sucintamente pode-se afirmar que a investigação gira em torno de dois eixos: a metodologia quantitativa e a metodologia qualitativa. A metodologia quantitativa teve a sua origem com o pai da sociologia Auguste Comte, tendo como marco inaugural a sua filosofia positivista. O recurso a este paradigma metodológico justifica-se por permitir medir, analisar, replicar e aplicar o conhecimento obtido (Streubert e Carpenter, 2011).

No entanto, a impossibilidade e dificuldade das metodologias quantitativas em medir determinados fenómenos, conduziu a um interesse crescente pelas metodologias qualitativas, fruto de uma profunda reflexão da experiência vivenciada na prática. Sublinhe-se, porém, que este interesse só começou a surgir a partir de 1970, altura em que este método passa a se afirmar como uma alternativa à investigação quantitativa, abordando um mesmo problema de forma distinta.

Através da metodologia qualitativa os participantes podem fornecer informações únicas acerca da sua vivência, experiência de vida, relacionadas com fenómenos humanos, nomeadamente com os valores,

cultura e relações humanas, que não podem ser obtidos através do recurso ao paradigma quantitativo (Streubert e Carpenter, 2011) o que, nas palavras de Morse (2007), constitui o desafio mais premente para os investigadores que pretendem recorrer a este género de investigação.

Saliente-se, todavia, que existem formas diversas de alcançar o conhecimento, que se diferenciam, entre si, pela especificidade e unicidade dos seus pressupostos teóricos, técnicas e linguagens, denominadas por paradigmas, que Guba e Lincoln (2002) afirmam ser sistemas básicos de crenças e visões do mundo que orientam o pesquisador para a escolha dos métodos e nas formas ontológica e epistemologicamente fundamentais.

A procura de resposta para questões como *Qual a natureza da realidade? Qual a relação entre o investigador e o conhecimento? Que falta conhecer ou é passível de ser conhecido? Como faz o investigador falar o que falta conhecer?* (Lincoln, 1997), faz com que se entenda que tipo de paradigma se adequa ao estudo do fenómeno que se pretende explorar, etapa que obrigatoriamente deve anteceder a escolha do método a utilizar, de forma a antecipar as eventuais dúvidas que dessa opção possam emergir, bem como para definir o desenho de investigação.

No entanto, convém salvaguardar que, de acordo com o paradigma que se opte, a resposta a cada uma das questões anteriormente apresentadas, será distinta. Quer isto dizer que o número de respostas será idêntico ao número de paradigmas existentes e que, no caso específico das ciências sociais, são quatro, nomeadamente: positivismo, pós-positivismo, teoria crítica e construtivismo (Queiroz, Meireles e Cunha, 2007).

O positivismo considera os métodos como meras técnicas de maior ou menor eficiência no levantamento de dados. De acordo com Queiroz, Meireles e Cunha (2007), tem como objetivo descobrir leis e generalizações conducentes à explicação da realidade, tentando prever e controlar. Numa perspetiva ontológica, percebe a realidade como única, comandada por leis e mecanismos inalteráveis (Newman, 1992; Silverman, 1995), entende-a de forma simples, considerando os dados fragmentáveis, tangíveis, mensuráveis e convergentes (Queiroz,

Meireles e Cunha, 2007). Epistemologicamente, o conhecimento emerge a partir de hipóteses formuladas, que são testadas e verificadas, conduzindo à aceitação das suas conclusões como factos, o que traduz bem a racionalidade técnica deste paradigma (Schön, 2000). De acordo com esta conceção, parte-se do princípio de que o conhecimento considerado válido “só pode estabelecer-se por referência ao que se manifesta através da experiência” (p. 27). Para que tal se cumpra, objeto de investigação e investigador não deverão ser confundidos; pelo contrário, deverá ficar bem definida essa dualidade, devendo ser encarados como duas entidades independentes, sem que haja influência mútua, numa aproximação facilitada e limitada pelas hipóteses enunciadas, com o objetivo de as testar e obter conhecimento que servirá para explicar determinado fenómeno, permitindo o seu controle (Charmaz, 2006; Bryant e Charmaz, 2010).

De acordo com Guba e Lincoln (2002), o pós-positivismo teve a sua origem nas críticas levantadas ao positivismo, mantendo, todavia, os pressupostos básicos e fundamentais do positivismo. Em termos ontológicos defende que o que é desconhecido deve-se à incapacidade para ser conhecido. Por outro lado, em termos epistemológicos, consideram que a objetividade não é possível, só se podendo fazer aproximações (Newman, 1992), pelo que, como forma de contornar a subjetividade existente, conciliam a experimentação modificada com a triangulação de dados.

No que se refere ao paradigma da teoria crítica, também denominada por ciência crítica, salienta-se que poderá ser subdividida em três, especificamente pós-estruturalismo, pós-modernismo e uma fusão entre ambas. Independentemente dessa distinção, importa referir que partilham um objetivo comum, nomeadamente o facto de procurar a emancipação dos indivíduos pela crítica às ideologias, combatendo a desigualdade através de alterações nas perceções dos indivíduos na ação que conduz à transformação da autoconsciência e das condições sociais (Queiroz, Meireles e Cunha, 2007). Ontologicamente caracteriza-se por ter uma natureza da realidade múltipla, construída, divergente, envolvida em aspetos de equidade e hegemonia. Epistemologicamente distingue-se por

ser inovadora e por defender que a investigação deverá ser orientada por valores (Guba e Lincoln, 2002; Queiroz, Meireles e Cunha, 2007). Salienta-se que nesta teoria a realidade é compreendida como sendo mentalmente construída, baseada na sociedade e na experiência, tornando o conhecimento subjetivo, razão pela qual se procura eliminar elementos deturpadores da consciência (Queiroz, Meireles e Cunha, 2007).

Relativamente ao último paradigma apresentado pelas ciências sociais, o construtivismo, também por alguns denominado por interpretativismo, registre-se que ontologicamente é gerado pelo relativismo. Toma em linha de conta o facto de a realidade ser uma construção mental e, como tal, passível de ser interpretada de formas diversas e distintas, conferido subjetividade a qualquer investigação que se encete. Ao reconhecer esta realidade, a admissão da subjetividade é assumida, de tal modo que os achados da investigação resultam de um processo de concertação entre o investigador e os sujeitos respondentes (Newman, 1992). Queiroz, Meireles e Cunha (2007) salientam que os acontecimentos neste paradigma deverão ser compreendidos recorrendo a processos mentais interpretativos, influenciados pela e na interação com a sociedade.

Antes de se avançar mais nestas questões metodológicas, torna-se obrigatório reconhecer que nas ciências sociais a influência da posição, da história biográfica, da educação, interesses e preconceitos do pesquisador podem, quer direta quer indiretamente, assumir um papel preponderante na investigação. Assim, como refere Thiollent (1980) pode-se afirmar que neste paradigma, a neutralidade nas pesquisas sociais é algo que efetivamente não existe e a sua objetividade é relativa, posição não partilhada pelo positivismo, que declinam a subjetividade no seu paradigma e a quem é atribuída a autoria de inúmeras censuras e críticas feitas à metodologia qualitativa.

Assim sendo, o construtivismo acaba por se estabelecer numa posição mais próxima à visão de Max Weber, que assenta no entendimento de que o conhecimento sociológico é influenciado por valores, sendo que a objetividade, só é possível quando são definidos critérios claros e concretos que deverão ser definidos pelo pesquisador em relação aos

problemas que está a investigar, cientificando todo o processo metodológico.

Ainda assim, saliente-se que nos últimos séculos (provavelmente nos últimos quatro), foram os paradigmas positivismo e pós-positivismo que dominaram (e ainda dominam) a investigação, assumindo influência nos poderes decisórios e políticos. Todavia, nos anos mais recentes, tem-se assistido a um aumento da utilização quer da teoria crítica quer do construtivismo, desafiando-se a medição e notando-se uma crescente aceitação, que se traduz pelo financiamento, por agências e programas, de projetos exclusivamente qualitativos (Guba e Lincoln, 2002; Streubert e Carpenter, 2011).

Deste modo, uma vez que o principal objetivo deste trabalho é a descrição de um foco relativo à profissão de enfermagem e dada à importância que este paradigma assume para a compreensão do método que se irá utilizar, dedica-se o próximo subcapítulo a explorar um pouco mais sobre o construtivismo.

1 – A OPÇÃO PELO PARADIGMA QUALITATIVO CONSTRUTIVISTA

As investigações qualitativas são essenciais para a expansão do conhecimento das disciplinas de cuidados de saúde, isto porque recorrem a métodos capazes de compreender os fenómenos de forma holística, permitindo conhecer em profundidade a riqueza das experiências dos sujeitos, dentro do seu contexto (Lincoln, 1997; Morse 2007). Deste modo, a opção pela metodologia qualitativa resultou do entendimento de que a investigação qualitativa em enfermagem deve surgir a partir da tensão criada entre a ciência e a prática, como referem Streubert e Carpenter (2011).

A pesquisa qualitativa inclui a colheita e a análise sistemática de matérias narrativas mais subjetivas, por vezes de forma contraditória e irracional, daí que seja necessário recorrer a procedimentos flexíveis para que o pesquisador controle o menos possível, tentando evidenciar o lado dinâmico, holístico e individual da experiência humana (Polit, Beck e

Hungler, 2004; Morse, 2007). São os métodos utilizados que vão garantir que o desafio da metodologia qualitativa se concretize, isto porque deles emergem resultados coerentes, ainda que, nas palavras de Morse (2007), estejam mal definidos.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), existem cinco características fundamentais da investigação qualitativa, a saber:

- O ambiente natural é a fonte direta de dados;
- É descritiva;
- O processo é o foco de interesse e não tanto os resultados ou produtos;
- A análise de dados é feita de forma intuitiva;
- O significado é de importância vital.

Na enfermagem é importante adotar uma tradição investigativa que proporcione as formas mais importantes de descrever e perceber as experiências humanas, sendo que a primeira fase para instituir uma visão humanista de investigação, é o reconhecimento de que a realidade é dinâmica (Streubert e Carpenter, 2011) e, como tal, uma mesma realidade permite múltiplas interpretações.

O recurso a este paradigma justifica-se pelo facto de privilegiar, de um modo geral, a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, percebendo a experiência de vida dos sujeitos e permitindo um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade, numa relação próxima entre investigador e objeto a ser investigado, permitindo, no caso concreto da enfermagem, compreender claramente a explicação de processos de adaptação dos seus clientes, condição fundamental para alicerçar os seus cuidados, criando processos científicos necessários para “perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde e de doença humanos”, como refere Thorne (1997, p. 288).

Na verdade, mesmo que não assumidamente, o paradigma construtivista tem sido amplamente utilizado nas investigações conduzidas pelos enfermeiros de todo o mundo, em especial associado aos pressupostos teóricos do interacionismo simbólico, definido como o respeito pela natureza da vida e pelo comportamento das pessoas, defendendo a

perspetiva de que se comportam e interagem de acordo com o modo como interpretam ou atribuem significado a símbolos específicos nas suas vidas (Streubert e Carpenter, 2011). Blumer (1969), a propósito do interacionismo simbólico, refere existir premissas responsáveis por originarem os fundamentos da teoria, são elas: as pessoas agem de acordo com o significado que as coisas têm para si; esses significados têm origem nas relações estabelecidas entre os indivíduos; esse processo interpretativo é utilizado pelas pessoas em cada situação, tendo elas que lidar com as coisas no seu ambiente.

Estes aspetos básicos essenciais e incontornáveis, a par com o respeito pelo princípio de que o comportamento humano é autodirigido e observável, no sentido simbólico e interageracional, permitindo-lhe planear e dirigir as suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que utiliza para concretizar os seus planos (Haguette, 1992), são, na sua essência, compatíveis com uma enfermagem que tem vindo a afirmar-se como ciência e que, outrora, foi definida como sendo uma arte que “(...) requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”⁵ (Florence Nightingale).

Na realidade, o recurso a este paradigma e a sua ampla utilização na enfermagem justifica-se pelo facto de, como já referido anteriormente, mais do que quantificar os fenómenos em estudo, permite aos pesquisadores compreender e interpretar os acontecimentos quotidianos e as estruturas sociais e também o significado atribuído pelas pessoas a determinado fenómeno (Queiroz, Meireles e Cunha, 2007).

No paradigma construtivista a teoria é desenvolvida seguindo um pensamento indutivo, uma vez que a realidade é diversa e a sua descoberta deverá ser feita por um processo dinâmico, tendo como referencial os dados obtidos e a sua inter-relação.

⁵ *Una and the Lion* - Página 6, de Florence Nightingale - Publicado por Riverside Press, 1871 - 22 páginas

A opção por este paradigma permite perspetivar a noção de realidade dinâmica, ou seja, a existência de um mundo real, que, no entanto, é percebido e entendido de forma distinta de pessoa para pessoa, de acordo com as representações que cada indivíduo possa ter, o que quer dizer que a realidade não é única, mas antes diversa como referem Streubert e Carpenter (2002, p. 3), citando Lincoln, “a realidade são realmente realidades”. Nesta perspetiva, compreende-se que uma realidade conhecida em determinado momento, é passível de ser modificada, isto porque os valores e crenças das pessoas são influenciados por um determinado contexto social e pela época em que vivem, pelos quadros de referência interpretativo que possuem, pela sua experiência de vida e interesses daí que investigador e investigados deverão interagir, para que os processos de construção sejam “literalmente criados com o avançar da investigação” (Guba e Lincoln, 2002, p. 128).

Desta forma se conclui que o paradigma construtivista assume importância relevante para as ciências sociais em geral e, mais amiúde, para as ciências da saúde, pois permite adquirir conhecimento mais aprofundado e necessário acerca das decisões individuais e coletivas no que se refere aos estilos e condições de vida, de promoção da saúde e prevenção da doença, para além das relações instituídas entre os binómios saúde e doença, clientes⁶ e profissionais de saúde.

Na enfermagem, impõe-se a necessidade de perceber melhor os fenómenos de saúde/doença de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, para que as pessoas tenham melhores condições de vida pela aquisição de melhores níveis de saúde, com repercussões diretas aos vários níveis de prevenção. Se assim é, reconhece-se que só com base no conhecimento que se adquire através das investigações, é que as ciências evoluem, pois permitem conhecer realidades e práticas existentes, pensar alternativas, sugerindo-as para a

⁶Opta-se por esta terminologia porque considera-se cliente aquele que numa relação de troca, tem a última palavra, assumindo um papel ativo no quadro da relação de cuidados, como alguém que troca algo com outro e não necessariamente aquele que paga, como refere a Ordem dos Enfermeiros. Para além disso, de acordo com a CIPE cliente é o sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção.

ação. Justifica-se, assim, o recurso ao paradigma construtivista para servir de farol a uma investigação em ciências de enfermagem, pois a sua perspectiva da realidade é alicerçada na ação e os seus fenómenos deverão ser construídos através de uma perspectiva ampla e profunda, condicente com uma metodologia qualitativa e, especificamente, com a *Grounded Theory*, método, aliás, que deriva diretamente do interacionismo simbólico, tendo a sua origem nos anos sessenta e que através do recurso a uma posição reflexiva nos modos de conhecer e representar a vida e o mundo, procura explicar experiências e processos (Morse, 1994; Strauss e Corbin, 1998, Charmaz, 2009).

2 – GROUNDED THEORY: DA ESCOLHA À SUA UTILIZAÇÃO

A *Grounded Theory* teve a sua origem na sociologia, tendo sido desenvolvida pelos sociólogos Glaser e Strauss (1967), aquando do seu estudo que visava explorar a experiência de doentes que estavam a morrer em hospitais. Desde a publicação do primeiro livro a descrever este método em 1967, denominado por *The Discovery of Grounded Theory*, Glaser e Strauss discordaram na forma de como a utilizar, o que levou à divisão do método em dois paradigmas distintos: o glaseriano e o straussiano.

Strauss, em conjunto com Corbin, adotaram a visão de que a *Grounded Theory* evoluiu ao longo do tempo de forma a dar resposta às necessidades do fenómeno a ser estudado e continuará a evoluir (Strauss e Corbin 1998; Corbin e Strauss, 2008). Defendem ainda que é improvável em uma abordagem investigativa utilizar dados sociológicos para atender todas as necessidades dos profissionais que trabalham em serviços de saúde, razão pela qual muitos investigadores têm necessidade de adaptar a sua abordagem de forma a responder às necessidades do estudo que esteja a realizar, no contexto da sua própria disciplina. Por essa razão, Charmaz (2009) enfatiza que Strauss e Corbin não recomendam regras que tenham de ser rigorosamente seguidas, embora o paradigma straussiano seja descrito como sendo prescritivo. Aliás, é a recomendação

de se cumprir determinados passos que diverge nos dois paradigmas. Glasser (1992) refere que esta obrigatoriedade força a emergência da teoria, sublinhando que a sua abordagem mais flexível faz com que a teoria surja, defendendo, por isso, que a sua versão é a abordagem genuína da *Grounded Theory*.

Como refere Bluff (2006) a explicação para estas duas perspetivas distintas da *Grounded Theory* pode residir nos seus diferentes *backgrounds* investigativos. Todavia, não se deve sobrevalorizar uma abordagem em detrimento da outra, até mesmo porque, como refere Aneells (1996, in Bluff, 2006), a divergência nas abordagens são um sinal do processo de amadurecimento que a *Grounded Theory* tem vindo a assistir.

Embora o primeiro documento a descrever este método tenha sido publicado em 1967, a verdade é que apenas com as publicações de Strauss e Corbin (1990 e 1998), é que foi possível compreender a forma de utilizá-lo, revelando-se como uma forma preciosa para o estudo de fenómenos de enfermagem, razão pela qual o paradigma straussiano se tornou na abordagem mais utilizada da *Grounded Theory*, justificando a nossa opção por este paradigma.

A *Grounded Theory* alicerça os seus fundamentos no interacionismo simbólico, descrito por George Mead (1964) e posteriormente refinado por Herbert Blumer (1969). O seu objetivo é descobrir quais os significados simbólicos de determinado fenómeno para as pessoas, explorando os seus processos sociais básicos. Por outras palavras, pretende descobrir o conhecimento da perceção ou do “significado” que determinada situação ou objeto tem para o outro e, a partir daí, desenvolver uma teoria explicativa, inventar e descobrir explicações válidas para os fenómenos estudados (Stern, 2007; Streubert e Carpenter, 2011).

Blumer (1969) aponta três princípios fundamentais como forma de clarificar a natureza do interacionismo simbólico que, se sintetiza em três conceitos: significado, relação e interpretação. Neste sentido, entenda-se **Significado** como o modo em que os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que elas têm para eles. É a capacidade que o homem tem de atribuir significados às coisas do mundo que o

rodeia, estando, reconhecidamente, cercado pelas características do seu ambiente que o influencia. Interpretam as coisas como símbolos que possuem significados utilizando-os nas suas ações. No que se refere à **Relação**, os significados das coisas surgem da interação dos indivíduos uns com os outros. Os significados são construções sociais que resultam da relação existente entre os indivíduos inseridos num grupo na sociedade.

Relativamente à **Interpretação**, os significados das coisas podem ser manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelas pessoas para lidar com as coisas que encontra. Um símbolo tem um significado comum reconhecido por um grupo social, no entanto, isto pode ser modificado e mudado, uma vez que um mesmo símbolo pode ter diferentes significados em diferentes situações para diferentes indivíduos, dependendo das situações e das suas interpretações.

O interacionismo simbólico é considerado uma ciência interpretativa, uma teoria psicológica e social que procura representar e compreender o processo de criação e construção de significados particulares de atores, lugares, situações e tempos (Bluff, 2006), com o objetivo de conhecer o comportamento na interação social.

De acordo com Mead (1974), outro aspeto a considerar é a noção do *self*, que não é mais do que a imagem que cada indivíduo tem de si, que é criada e constantemente atualizada a partir das interações que se estabelece com os outros, podendo-se afirmar que é uma construção social do autoconceito identitário, que é influenciado pelas expectativas e exemplos dos outros, razão que se diz que o *self* e o ambiente são socialmente construídos (Bluff, 2006).

A *Grounded Theory* procura identificar o processo que explica o que está a acontecer no cenário social. Isto é possível pela exploração de como as pessoas se comportam, através de uma perspetiva simbólica e interativa. Pela descoberta de símbolos ou de entendimentos partilhados que capacitam os indivíduos a interpretar o seu mundo, a *Grounded Theory* torna explícito o processo social de interação que é implicitamente

conhecido por aqueles dentro da mesma cultura, mas não por quem esteja fora dela, como salienta Bluff (2006).

Após estudo e reflexão sobre os diversos métodos de pesquisa, concluiu-se que, para este estudo, a opção por uma abordagem construtivista seria a mais adequada, sendo que o recurso à *Grounded Theory* mostrou-se ser a mais apropriada, uma vez que este método procura investigar os processos nos quais estão ocorrendo os fenômenos, procurando uma fundamentação detalhada para, a partir daí, realizar a análise sistemática dos dados comparando-os, até que a teoria surja. Para além disso, esta metodologia procura compreender a ação humana e dos grupos sociais, pela descoberta de categorias relevantes, bem como pelas suas relações, colocando-as de uma forma nova a partir do ponto de vista e compreensão dos sujeitos do estudo.

Nas palavras de Stern (1980 *in* Streubert e Carpenter, 2002) a *Grounded Theory* distancia-se das restantes metodologias qualitativas, porque:

- O quadro conceptual é criado a partir dos dados e não de estudos prévios;
- O investigador tenta descobrir os processos dominantes na cena social, mais do que descrever a unidade de investigação;
- Os dados são todos comparados com todos os outros dados;
- A colheita de dados pode ser modificada com o avançar da teoria;
- Os dados vão sendo examinados à medida que são colhidos.

Strauss e Corbin (1998) definiram *Grounded Theory* como uma metodologia que tem como finalidade a teorização a partir dos dados sistematicamente recolhidos, analisados e comparados através do processo de investigação. Poderá ser definida como uma forma de explicar as relações criadas entre um conjunto de variáveis, estabelecendo-se uma explicação de um fenómeno particular. Pode-se considerar este método de investigação um modo de pesquisa de campo. De acordo com Streubert e Crapenter (2011) o objetivo deste modo de investigar é o de analisar de forma aprofundada práticas, comportamentos, crenças e atitudes de indivíduos ou coletividades, do modo como estão integrados no seu quotidiano na vida real.

A teoria que resulta da *Grounded Theory* tem origem em uma combinação feita entre o raciocínio indutivo e o raciocínio dedutivo. Indutivo porque, recorrendo ao método é-se capaz de criar uma teoria tanto formal como substantiva (Bluff, 2006; Charmaz, 2009; Streubert e Carpenter, 2011), surgindo de observações específicas e dos dados que colhe. Depois de desenvolvida, pode então ser testada de forma empírica de modo a desenvolverem-se inferências num determinado contexto explicativo, adquirindo, pois, um carácter dedutivo (Field e Morse, 1985; Bluff, 2006; Corbin e Satruss, 2008; Streubert e Carpenter, 2011). Salvaguarde-se, todavia, que o facto da *Grounded Theory* ter características dedutivas, não faz dela um método ao serviço da investigação verificacional, pois neste tipo de pesquisa escolhe-se uma teoria ou um quadro conceptual e formulam-se, a partir daí, hipóteses que serão testadas.

De forma sintética, a *Grounded Theory* procura explicar um acontecimento a partir de certas premissas que ocorrem em simultâneo e que se procurou sintetizar na figura 2, onde estão plasmadas as diversas etapas que se percorre até à elaboração da teoria explicativa.

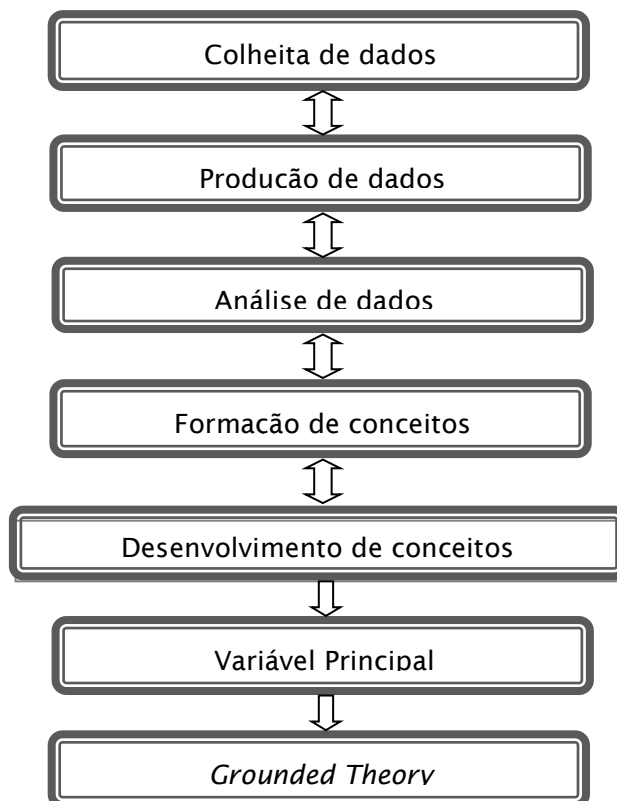


Figura 2 – Ligações entre a produção, tratamento e análise de dados da *Grounded Theory*. Adaptado de Streubert e Carpenter (2002, p. 113).

Como já foi largamente debatido, a finalidade última da *Grounded Theory* é a de construir novas teorias. Porém, para tal é necessário percorrer um caminho, respeitando um conjunto de procedimentos técnicos, de forma a garantir que a compreensão dos fenômenos em estudo, seja rigoroso e baseado na perspectiva dos participantes, significados esses que têm origem na interação social estabelecida.

3 – PARTICIPANTES: DA ESCOLHA AO ACESSO

Explicitada que está a opção pela *Grounded Theory*, segundo os pressupostos de Strauss e Corbin (2008), importa neste momento, apresentar a forma como foram cumpridos as etapas, sintetizados na figura 2, explorando a literatura para a sua explicação.

Antes de mais há que compreender que não existe nem um número mínimo nem máximo de participantes num estudo *Grounded Theory*. No entanto, à semelhança do que acontece com todos os estudos qualitativos, o número de participantes tende a ser reduzido, devendo ter conhecimento do fenómeno que se está a estudar, sendo, portanto, a sua escolha intencional. Salienta-se que na investigação qualitativa a informação deverá ser obtida a partir de pessoas que têm especial conhecimento sobre o assunto que se pretende estudar: há que ter em conta a sua experiência, a sua cultura, a interação social ou fenómeno de interesse. Os participantes são, portanto, escolhidos de forma não aleatória (Morse e Johnson (1991) *in* Bluff, 2006; Corbin e Strauss, 2008; Streubert e Carpenter, 2011).

Na *Grounded Theory*, o tamanho da amostra é definido, normalmente, em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de estratégia de amostragem utilizada. As estratégias graduais de amostragem baseiam-se especialmente na chamada “amostragem teórica”, que é um processo de colheita de dados utilizado para o desenvolvimento de uma teoria, em que o pesquisador vai registando, codificando e interpretando os dados obtidos, decidindo quais deve registar a seguir e onde encontrá-los e vai, assim, emergindo uma teoria, que vai orientando o processo de colheita de dados. Por outras palavras, o número de

participantes é determinado pela análise de dados, havendo necessidade de retomar a colheita de dados sempre que novos conceitos surjam, até que ocorra a saturação teórica das categorias, entende-se, então, que o limite da amostra não pôde ser definido no início do processo, uma vez que os participantes vão sendo selecionados à medida que a teoria se vai desenvolvendo, sendo sempre necessário pensar qual a necessidade e a importância da colheita seguinte para o seu desenvolvimento (Morse e Johnson (1991) *in* Bluff, 2006; Corbin e Strauss, 2008; Streubert e Carpenter, 2011).

O principal objetivo da amostra teórica é obter informações sobre lugares, pessoas e acontecimentos que proporcionem mais oportunidades para desenvolver conceitos em termos das suas propriedades e dimensões, descobrir variações e identificar ligações entre eles, almejando a teorização do que se pretende conhecer (Lopes, 2003; Charmaz, 2006; Corbin e Strauss, 2008).

É finalidade da *Grounded Theory* dar origem a uma teoria com origem em dados recolhidos de forma sistemática, analisados e comparados ao longo do processo de investigação, permanecendo os dados, a sua análise e a teorização sempre em interligação. Pretende-se com a *Grounded Theory* responder a questões como *o quê, quando, onde, por quê, como, quais os resultados e/ou as consequências*, de forma a descobrir relações entre categorias, relacionando a estrutura com o processo.

Os casos são selecionados um a um, de modo a testar e a aumentar os dados. Depois do primeiro caso, escolhe-se um segundo para preencher as categorias teóricas, comparando com o primeiro, ou por ser idêntico ou por ser oposto ao anterior, aumentando e clarificando a teoria emergente. Entende-se, desta forma, que os participantes têm uma influência substancial na teoria a ser gerada, razão pela qual o processo de escolha se reveste de grande importância, o que implica que cada caso adicional precise de ser cuidadosamente selecionado (Corbin e Strauss, 2008), pelo que se pode estabelecer critérios para a sua seleção ainda antes do início do estudo que Polit, Beck e Hungler (2004) definem como sendo os preceitos utilizados para designar os atributos específicos da população

que se deseja estudar e através dos quais são selecionados os participantes do estudo.

A colheita dos dados termina quando se atinge a “saturação teórica”, ou seja, quando se verifica que já não aparecem dados adicionais que permitam aprofundar a teoria desenvolvida, não havendo contributo para o desenvolvimento de categorias em termos das suas propriedades e dimensões, incluindo variação. Outro indício de que deve terminar é, quando construindo a teoria, o delinear de relações entre conceitos tenha estabilizado, ou seja, a amostra fica concluída quando já não surge nada de novo a acrescentar (Corbin e Strauss, 2008).

Tendo em conta os aspetos referidos, optou-se por uma amostra teórica/intencional até se atingir a saturação, sendo que as participantes foram as puérperas da ilha de São Miguel, no período de 02 de outubro de 2012 a 30 de junho de 2013, que apresentassem score igual ou superior a 12 na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPPE) (Anexo 1), por ser um valor sugestivo de risco para o desenvolvimento de DPP. A opção por estas puérperas deveu-se ao facto de geograficamente serem de acesso mais fácil ao investigador, uma vez que poderia haver necessidade de entrevistar novamente alguma das participantes. Para a identificação das potenciais participantes, aplicação da escala e seleção das informantes, foi pedida a colaboração dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel (USISM)⁷, por deterem um conhecimento privilegiado com a maioria das mulheres aquando do controlo de peso do RN no seu primeiro mês de vida. Para tal, foi solicitada a autorização da Unidade de Saúde de Ilha (Anexos 2 e 3). Neste sentido, utilizou-se uma amostra intencional ou teórica, porque foram selecionadas as puérperas que tinham scores na EDPPE superiores a 12, que apresentassem boa oralidade, capacidade reflexiva e crítica (Strauss e Corbin, 2008).

⁷ A USISM é composta por cinco Centros de Saúde, sediados em cada concelho da ilha, com exceção do Concelho de Lagoa, que está incluído no Centro de Saúde de Ponta Delgada. Fazem parte, então da USISM o Centro de Saúde de Ponta Delgada, o Centro de Saúde de Vila Franca do Campo, o Centro de Saúde de Povoação, o Centro de Saúde de Nordeste e o Centro de Saúde de Ribeira Grande.

Saliente-se que pelo facto do Investigador trabalhar no serviço de puerpério do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE (HDESPD,EPE), houve a possibilidade de estabelecer uma relação de confiança com a maioria das participantes, quebrando, desta forma, a barreira do desconhecido que muitas vezes leva a que as pessoas decidam não participar em estudos deste género.

O número de participantes resultou de um processo de amostragem teórica, em que a necessidade do tipo de informação a ser colhida, bem como os instrumentos mais adequados e os participantes ao longo de todo o estudo desenvolvido, foi determinada pela identificação e desenvolvimento de conceitos. Assim:

- Na primeira fase do estudo, a amostra foi constituída por um grupo de 14 puérperas dos diferentes concelhos da ilha e teve como objetivo descobrir as categorias potenciais de análise, inerentes a uma fase inicial de colheita de dados;
- Numa segunda fase, com a finalidade de refinar as categorias, as puérperas foram novamente contactadas para que se pudesse explorar e aprofundar alguns aspetos e clarificar outros.
- A recolha de dados foi sendo documentada em diários de campo (Polit e Beck, 2004).

4 – DA RECOLHA À ANÁLISE DOS DADOS

Ao longo do processo de recolha, análise e interpretação dos dados, seguiu-se os pressupostos metodológicos relativos ao desenvolvimento de uma *Grounded Theory* de Corbin e Strauss (2008). Para que se seguisse com rigor as orientações e os procedimentos indicados, fez-se uma leitura atenta e pormenorizada da publicação mais recente dos referidos autores, que serviu de suporte para esclarecer dúvidas sempre que necessário.

Nesta metodologia a colheita de dados, ainda que seja uma etapa necessária, pode ser realizada de forma distinta e diversa. Por essa razão, é da responsabilidade do investigador selecionar o meio que melhor dará

resposta à pergunta de partida, ajudando a alcançar os objetivos formulados e respondendo às questões colocadas.

Neste sentido, procurou-se que os dados fossem colhidos por volta das 4-6 semanas pós-parto e pelos 4/6 meses pós-parto. A opção por estes períodos prendeu-se com o facto de haver evidência de serem estes períodos onde as mulheres apresentam maior probabilidade de apresentar *scores* superiores a 12 quando aplicada a EDPPE e, portanto, apresentando maior risco para o desenvolvimento de DPP (Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins e Teixeira, 1998; Santos, Martins e Pasquali, 1999; Cruz, Simões e Faisal-Cury, 2005; Ruschi *et al*, 2007; Tannous, Gigante, Fuchs e Busnello, 2008). A escolha destes períodos deveu-se ao facto de serem propensos a crises relacionadas com mudanças físicas e psicológicas, caracterizadas pelo aumento da sensibilidade, cujo objetivo é capacitar a mulher a se preocupar com o seu bebé (Soifer, 1992; Maldonado, 2002). Todavia, a par desta capacitação, existe um risco considerável para o desenvolvimento da DPP, pois são períodos que colocam a mulher em uma situação bastante vulnerável à ocorrência de crises emocionais, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto e pela chegada de um filho. Por outro lado, nestes períodos assiste-se a mudanças desenvolvimentais das crianças, o que exige das mães reformulações na maneira como interagem com elas, bem como na forma como vivenciam a sua parentalidade. Assim se compreende o quanto é complexo este momento para a vida da mulher, possibilitando inúmeros sentimentos ambivalentes.

Como forma de colheita de dados, escolheu-se a entrevista, que é um dos procedimentos de eleição quando se deseja aceder à perspetiva dos participantes, no que se refere a uma situação que exija uma descrição e interpretação, oferecendo a possibilidade de termos um discurso verbal, que nos permitirá compreender de forma mais adequada os fenómenos socioculturais em estudo (Gómez, Flores e Jiménez, 1999; Streubert e Carpenter, 2011).

A opção para este estudo recaiu sobre a entrevista do tipo semiestruturado, isto porque a sua utilização garante uma resposta

adequada às exigências de uma pesquisa indutiva, pois o seu carácter flexível oferece a possibilidade de haver liberdade de formular e sequenciar as questões, aprofundar as respostas, sem que no entanto, se esqueça as temáticas que se pretende ver abordadas pelas entrevistadas (Strauss e Corbin, 1990). Para tal, o entrevistador recorre a tópicos que estabelece previamente e permite que as participantes, através do seu discurso, delineiem o caminho que pretendem para o seu depoimento, tal como defendem Patton (1990) e Bluff (2006). Por essa razão, foi elaborado um guião (Anexo 4) para o primeiro momento de entrevista, que mantivesse a atenção no foco desejado, como forma de garantir que os conceitos importantes para o desenvolvimento da teoria fossem mencionados pelas participantes, tendo sempre em mente que os guiões devem *“ser exatamente isso: orientações/guidelines iniciais apenas”* (Strauss e Corbin, 1990, p. 180). Significa então que, caso as participantes não abordassem as temáticas planeadas, recorria-se ao guião de entrevista para que o investigador pudesse questioná-las acerca da visão que teriam sobre elas. As questões do guião orientaram a condução da entrevista, mas não a condicionaram uma vez que foi aplicado de uma forma não rígida. Estando conscientes da possibilidade de emergir, a partir desta ideia, questões que de outra forma não surgiriam (Bluff, 2006), e de que, na *Grounded Theory*, este tipo de entrevista é privilegiado, por permitir o desenvolvimento da teoria de um modo conceptual, consistente por possibilitar ao investigador explorar dados interessantes que vão emergindo, de acordo com o desenrolar de cada entrevista, as questões foram sendo cada vez mais específicas, conforme as respostas das participantes.

No total, no período de 02 de outubro de 2012 e 30 de junho de 2013, foram entrevistadas, em dois momentos, 14 mulheres acerca do seu processo de transição para a parentalidade e a sua saúde mental, totalizando as 28 entrevistas, tendo a sua duração variado entre os 20 minutos e os 120 minutos, correspondendo a uma média de 40 minutos por entrevista e uma média de 10 páginas de texto transcrito de cada entrevista.

As entrevistas realizadas, no primeiro momento, visaram perceber a forma como decorreu todo o percurso desde a concepção até ao dia da entrevista. Procurou-se perceber quanto ao facto da gravidez ser planeada/desejada; sobre a forma como decorreu a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o puerpério. Para além destes aspetos, questionou-se acerca do bebé, nomeadamente acerca da relação estabelecida, as características que lhe atribui, a experiência da maternidade (sentimentos, mudanças, dificuldades, expectativas *versus* vivência atual da maternidade/paternidade, perceção pessoal do desempenho do papel parental, atividades desempenhadas com a criança). Focou-se também o apoio social recebido (família, amigos, vizinhos, profissionais).

Procurou-se também, manter abertura total para que a informação surgisse livremente, pelo que as questões foram sempre realizadas de forma concisa e aberta do género “Conte-me a sua experiência de estar grávida. Gostava de a ouvir nas suas palavras.”, esclarecendo de seguida, que após, ela terminar, poderia ter necessidade de colocar outras questões, sobre algum aspeto que merecesse algum esclarecimento ou aprofundamento, procurando cumprir as recomendações de Corbin e Strauss (2008).

Para além do já referido, acrescente-se que à medida que se foi avançando na análise e interpretação dos dados, foram-se acrescentando novas questões consideradas pertinentes em novas colheitas de dados.

Para o segundo momento de entrevista, optou-se por elaborar guiões de entrevista adaptados a cada participante, de acordo com os aspetos que necessitassem de maior clarificação e exploração. No entanto, foi elaborada uma questão comum a aplicar a todas as participantes e que visava saber como tinha sido a sua experiência de maternidade no período compreendido entre a primeira entrevista e a segunda: “Conte-me a sua experiência desde que estivemos a conversar. Gostava de a ouvir”. A segunda frase teve como intuito demonstrar abertura, disponibilidade e interesse pela sua experiência pessoal.

Um aspeto tido em consideração foi o de gravar as entrevistas como forma de evitar a perda de informações importantes, quando são extensas ou

então quando sejam a principal técnica de estudo, como defendem Bogdan e Biklen (1994) e Quivy e Campenhoudt (1998). Deste modo, as entrevistas foram gravadas em formato digital, para que recolhêssemos na íntegra a informação fornecida pelas participantes, viabilizando a sua análise posterior, sem que se esquecesse o contexto e as circunstâncias do que foi sendo verbalizado. Em nenhum momento sentimos que a presença do gravador causasse inibição ou constrangimento às entrevistadas.

Embora fosse dada a possibilidade de se realizar as entrevistas nas unidades de saúde da residência das participantes, as entrevistas, na sua totalidade, decorreram no seu domicílio. Esta opção das puérperas foi justificada pela sua conveniência, pois não exigia uma alternativa viável para quem tivesse dificuldades de deslocação, nem para quem tivesse dificuldade de deixar o bebé ao cuidado de outra pessoa. Por outro lado, o facto de ser no domicílio permitiu um contexto de ambiente natural, com menor tensão para a exposição de preocupações e necessidades. Uma vez que as entrevistas decorreram na casa das participantes, encarou-se esta tarefa como uma visita domiciliária, cumprindo os seus pressupostos, com as evidentes adaptações necessárias, como se pode verificar pelo quadro 1. Fazendo este paralelismo, fica claro que a possibilidade de realizar as entrevistas no domicílio das participantes, favoreceu oportunidades de recolha de dados que, de outro modo, seria difícil de obter, que entrecruzam-se com alguns objetivos da visita domiciliar. São eles, a definição do seu foco, conhecer o domicílio das participantes, as suas características ambientais, socioeconómicas e culturais, verificar a estrutura e as dinâmicas familiares e identificar fatores de risco individuais e/ou familiares que pudessem interferir na adaptação à maternidade, transição para a parentalidade e/ou desenvolvimento da DPP.

Na realização das entrevistas adotou-se uma postura corporal de abertura, disponibilidade, acolhimento e empatia, associada a uma atitude de cordialidade, escuta ativa, transmitindo interesse e atenção naquilo que era dito, entendendo cada testemunho como único e singular. Desta forma foi possível estabelecer um ambiente de confiança, que permitisse a expressão de sentimentos, medos, dúvidas e receios.

Quadro 1 – Fases e atividades da visita domiciliária (VD) (Stanhope e Lancaster, 2012) - Adaptação para a realização de entrevista

FASE	ATIVIDADE NA VD	ATIVIDADE NA ENTREVISTA	Realização
Fase de Iniciação	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificação da fonte de encaminhamento para a VD; - Partilha de informação com a família, clarificando o motivo e objetivo da VD. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da Escala de Edimburgo; - Solicitação de participação no estudo; - Partilha de informação com a participante clarificando o motivo e objetivo da entrevista. 	Enfermeiros da USISM
Fase de Pré-visita	<ul style="list-style-type: none"> - Início do contato com a família; - Validação acerca da sua percepção sobre o objetivo; - Determinação, com a família, sobre a sua vontade de ser visitada no domicílio; - Marcação da VD; - Revisão dos dados do encaminhamento e/ou os registos familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contato com a puérpera; -Validação acerca da sua percepção sobre o objetivo do estudo; -Determinação sobre a sua vontade de participar no estudo e de ser visitada no domicílio; - Marcação da entrevista; - Revisão dos dados do encaminhamento (morada). 	Investigador
Fase do Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e identificação profissional; - Interação social para estabelecer aproximação; - Estabelecimento de relação enfermeiro - cliente; - Implementação do processo de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e identificação profissional; - Interação social para estabelecer aproximação; - Estabelecimento de relação entrevistador-entrevistado; - Obtenção do consentimento informado; - Início da entrevista. 	Investigador
Fase de <i>Términus</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Recapitulação da visita com a família; - Planeamento de futuras visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Recapitulação dos objetivos da entrevista; -Espaço para clarificação de dúvidas; -Planeamento de futura visita para validação de dados. 	Investigador
Fase de Pós-visita	<ul style="list-style-type: none"> - Registo da visita; - Planeamento da visita seguinte. 	<ul style="list-style-type: none"> Transcrição e análise da entrevista; Reformulação do guião de entrevista; Planeamento da entrevista seguinte; Planeamento da validação dos dados pela participante. 	Investigador

Ainda que as entrevistas decorressem no domicílio, houve a preocupação por parte das participantes em agendá-las para horas que interferissem o mínimo possível com as suas rotinas diárias e responsabilidades familiares. Este cuidado, garantiu que não houvesse interrupções das entrevistas, ainda que fosse necessário fazer paragens para que as participantes dessem resposta às necessidades dos bebés. Estes momentos observados foram registados e ajudaram a ampliar e aprofundar os dados que emergiram das entrevistas, no que concerne à relação estabelecida com o bebé.

Outro instrumento utilizado nesta pesquisa foram os diários de campo (Anexo 5) (Polit e Beck, 2004), a fim de complementar os dados oriundos das entrevistas, uma vez que a pesquisa foi realizada em um ambiente de domínio das participantes, com peculiaridades e características que influenciam a vivência do cuidado. Procurou-se, então, observar: a casa, a sua organização, a disposição dos objetos, as alterações realizadas para a presença do bebé; o aspeto e fisionomia da puérpera; o local onde o bebé permaneceu no momento da entrevista, como estava acomodado e as suas reações; como era a interação mãe/bebé e os cuidados que lhe prestava; a relação da puérpera com outras pessoas que estavam no domicílio; o comportamento, as reações e impressões da puérpera durante a entrevista. Fez-se, também, anotações analíticas e interpretativas sobre as ideias que foram surgindo, as percepções, os pensamentos, as estratégias e as reflexões (registos reflexivos), que iam para além dos sentidos e que ajudaram a clarificar dimensões do objeto em estudo.

Após, estes diários de campo foram digitados em forma de texto, para, posteriormente, serem analisados. Acrescente-se que a análise dos dados das entrevistas e dos diários de campo, foi realizada simultaneamente.

Os dados foram colhidos até se alcançar a saturação teórica, isto é, quando não surgiram mais dados novos que contribuíssem para a compreensão do fenómeno, as categorias estavam bem desenvolvidas em suas propriedades e dimensões, e as relações entre elas foram explicitadas de forma clara. Ademais, deu-se por terminada a recolha de dados quando as informações começaram a se repetir e não havia dados novos relevantes

para a interpretação do fenómeno em estudo, o que pressupõe uma análise paralela à colheita de dados, pressuposto, aliás, típico da *Grounded Theory*.

Como foi referido anteriormente, a análise dos dados tem o seu início com a transcrição dos dados ou até mesmo no próprio momento da colheita de dados, denominado por *interação com os dados*. A análise de forma tão precoce favorece a imersão no corpo desses mesmos dados, sendo que a operacionalização da análise concretiza-se com o processo de codificação e sucessivas recodificações (Anexo 6).

Este é um processo criativo que exige do investigador, método, disciplina e capacidade de permitir que sejam os dados a falarem por si próprios, havendo a necessidade de relaxar e aprender a ouvi-los, o que exige adotar-se uma abordagem mais flexível, não tão controlada e planeada, como referem Strauss e Corbin (2008). Este é um processo moroso, que exige bastante tempo e muita persistência, isto porque até se atingir uma estabilidade nos dados, existe um manancial de informação que causa dúvidas, questões e reorganizações dos dados, fruto da perspetiva diferente que se vai tendo dos dados, sendo difícil organizá-los. Ainda assim, é um processo essencial, isto porque é a partir desta segmentação e codificação dos dados que surge a base da análise que se segue. Sentiu-se que este era um processo complexo e exigente, mas não menos interessante, que exigiu tempo, recuos e avanços, fruto das reflexões efetuadas, mas reconhece-se que era uma medida necessária para que se avançasse na análise de dados de forma mais estável e segura.

Acrescente-se que em determinada altura, alguns conceitos favoreceram a identificação de outros conceitos e/ou aprofundá-los, conduzindo à perceção do elevado número que já se tinha, bem como algumas interligações, sendo, então, necessário descrevê-los, ainda que alguns só tenham sido definidos em uma fase mais avançada da investigação, por só nessa altura se ter apercebido da sua relevância. O facto de estas situações acontecerem mais tardiamente, está diretamente relacionada com o nível de envolvimento e amadurecimento dos investigadores com fenómeno em estudo, o que justificou, por outro lado, o abandono de outros conceitos.

Para o processo de codificação recorreu-se ao programa de suporte informático para análise qualitativa dos dados MAXQDA 11.0.8. Este é um programa considerado claro e bem organizado por Strauss e Corbin (2008), pelo que o recomendam. A utilização deste recurso garantiu uma exploração estruturada, sistemática e aprofundada dos dados.

Após a transcrição da entrevista e da nota de campo, foi sendo feita a sua leitura e foi-se atribuindo códigos a cada parágrafo, frase ou palavra, questionando, como recomendam Corbin e Strauss (2008), sobre o seu significado, sobre o que, perante a finalidade do estudo, parecem significar cada palavra, frase ou parágrafo. Esta primeira fase de análise, denominada de codificação aberta, é descrita por Corbin e Staruss (2008), como um processo que visa separar os dados, analisá-los e compará-los na busca de similaridades e diferenças, dando origem a um volume elevado de códigos. É uma análise demorada, que gera códigos e que serve para nomear e rotular as categorias e as propriedades, para estabelecer as suas dimensões e para encontrar conceitos que formam categorias mais abstratas e englobam um conjunto de outras categorias mais específicas. Para isso, Corbin e Strauss (2008) chamam à atenção para que o investigador faça anotações, que denominam por *code notes* a partir de *insights* e ideias que surgem a respeito dos códigos, categorias e suas relações. Assim, foram feitas várias descrições dos códigos, de forma automática, sendo que o programa informático utilizado permite que fiquem anexadas ao respetivo código. Essa descrição incluiu o porquê de se ter atribuído aquele código, bem como as considerações que ocorressem e consideradas relevantes para as fases seguintes.

A realização destas anotações e *insights* ajudaram na organização dos dados (Corbin e Strauss, 2008), pois a verdade é que um volume tão elevado de dados, em determinada fase, constituiu-se como uma preocupação desencadeando, por vezes, o sentimento de desnorteamento, associado, simultaneamente, ao entusiasmo e ao prazer da descoberta, dando continuidade à codificação aberta. Com este procedimento passou-se à busca de códigos que partilhassem a mesma ideia, semelhanças, elevando o nível de abstração para que surgissem os primeiros conceitos.

O questionamento e a comparação dos dados foi constante e sistemático, de modo a construir categorias, a estabelecer ligações entre elas e atribuir-lhes significado no contexto das entrevistas realizadas. A comparação realizada permitiu dar aos conceitos rigor e especificidade, favorecendo o seu agrupamento pelas suas afinidades e diferenças conceptuais para formar as categorias.

Este passo da análise, denominado por Corbin e Strauss (2008) por *codificação axial*, implicou questionar o fenómeno em estudo, o porquê de ter acontecido (causas), o contexto em que aconteceu, o que foi feito pelas participantes quando aconteceu (estratégias), o que facilitou ou dificultou as ações/interações sobre esse fenómeno e quais as consequências dessa interação, com o propósito de reagrupar o que foi sendo fraturado durante a codificação aberta (Corbin e Strauss, 2008).

Com estes procedimentos foi possível selecionar as categorias mais significativas, dando origem a um esquema organizacional, denominado *paradigma*, que permitiu identificar as características (propriedades e dimensões) do objeto estudado, o que permitiu dar sentido aos conceitos já construídos e a organizá-los em categorias e subcategorias, de acordo com as suas relações.

No decorrer da análise, a forma de agregar as categorias foi sendo alterada, fruto da mudança de perspetiva do fenómeno em estudo, passando por um processo de nomeação e renomeação das categorias, o que exigiu criatividade, até se encontrar uma designação que se considerasse representativa daquilo que os dados pretendiam transmitir, bem como dos conceitos que agrupavam, tornando-se deste modo, definitiva. Para que a tarefa da escolha das designações fosse encetada com sucesso, estiveram sempre presentes as orientações de Strauss e Corbin (1998; 2008), que recomendam que os nomes a atribuir devam ser fáceis de recordar deles, de pensar sobre eles e, acima de tudo, de começar a desenvolvê-los analiticamente. Saliente-se que todo este processo de análise exigiu calma, paciência e serenidade, havendo, por vezes necessidade de parar, para pensar sobre os dados e “escutá-los”, tendo sempre em mente que o desenvolvimento teórico é moroso e que a

Grounded Theory exige do investigador uma grande flexibilidade de pensamento e uma disposição para sair e voltar aos dados em qualquer altura.

Após o agrupamento das categorias e da sua análise, foi possível identificar categorias consideradas como principais e outras denominadas por subcategorias, por estarem num nível hierárquico inferior, dependendo de uma categoria conceptualmente mais elevada, sendo que a sua articulação exprime diferentes relações com diversos graus de complexidade, que se constitui como uma forma de se progredir no processo de conceptualização.

Por vezes, foi necessário parar de codificar para dar tempo para a escrita de memorandos e para discutir a teoria com outras pessoas.

Ao longo de todo este processo foi importante a redação de memorandos (Anexo 7), pois permitiu discutir-se questões e preocupações metodológicas, para densificar as categorias e para proceder a uma integração clara da teoria. Esta foi outra forma que facilitou a progressão no processo de conceptualização. Os memorandos encerram em si, informação relativa às dúvidas que surgiram, sobre o caminho analítico que se fez, os nomes dos conceitos e categorias, bem como as impressões sobre a sua precisão na descrição do fenómeno em estudo, a generalidade ou pré-conceito na sua formulação, a interpretação de alguma literatura publicada, o rigor do estudo e o criticismo sobre a teoria construída.

A última etapa da análise, denominada por codificação seletiva, visou encontrar o fenómeno central que estabeleceria a relação entre as categorias, ou seja, sintetiza toda a história construída a partir dos dados obtidos, exigindo-se a capacidade de explicar diferenças e semelhanças encontradas nas experiências dos participantes (Corbin e Strauss, 2008). Este é, porventura, o nível que exige maior abstração por parte do investigador, havendo que integrar todas as categorias para formar a *Grounded Theory* nos próprios dados, o que requer habilidade para se fazer recortes e seleccionar o que interessa para o desenvolvimento do modelo teórico representativo do fenómeno estudado, mantendo-se,

sempre, a análise comparativa constante com os dados, a interrogação persistente e o pensamento analítico intenso.

Em jeito de conclusão, é lícito afirmar-se que o tipo de teoria que emergiu foi sendo gradualmente conhecida. Os dados foram inspecionados e comparados de forma sistemática, de onde emergiram os temas que, por via de maiores comparações, agregaram-se em categorias ou conceitos, que foram ligados por uma teoria substantiva. Em cada nível de codificação, ocorreu a saturação de dados, quando não foi possível encontrar novos temas ou conceitos, o que determinou também o momento de concluir a amostragem teórica. Para encontrar as categorias finais, foi necessário voltar diversas vezes aos dados, sendo necessário assegurar que as categorias se baseavam nos dados e estabeleciam relações entre si. Procurou-se, ainda, que a recolha, análise e a teorização estivessem em relação recíproca ao longo de todo o processo de investigação.

5 – DAS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS AO RIGOR METODOLÓGICO

Para Polit, Beck e Hungler (2004) ao serem efetuadas pesquisas em enfermagem, geralmente os sujeitos da investigação são pessoas, por isso, o investigador necessita certificar, com muita precaução, que os seus direitos sejam assegurados. Deste modo, qualquer trabalho de investigação a ser realizado implica, por parte do investigador, um profundo conhecimento e respeito pelos direitos humanos, bem como dos aspetos éticos e morais, de modo a garantir que a individualidade humana seja preservada. Aliás, como refere Carpenter (*in* Streubert e Carpenter, 2011), para se realizar um trabalho de investigação há que assumir um compromisso, que implica a responsabilidade pessoal e profissional em assegurar terminantemente os direitos dos participantes envolvidos na pesquisa, bem como as orientações do Relatório de Belmont que, de modo muito concreto, procura alertar para o respeito pela dignidade da pessoa humana, identificando princípios éticos básicos que devem nortear as investigações que envolvem seres humanos. Nesta senda, por se compreender o que essa ideologia significa, procurou-se desenvolver

procedimentos que garantissem que a pesquisa fosse conduzida sob a égide de tais princípios.

Para a recolha de dados, foi pedida a anuência por escrito à USISM, antecedida por uma reunião com a diretora da instituição, a explicar qual a finalidade do estudo, bem como o modo como iria decorrer a colheita de dados, anexando ao documento oficial o formulário de consentimento informado (Anexo 8) e o guião que norteou a colheita de dados.

Uma vez que a Unidade de Saúde de Ilha tinha surgido recentemente, pela fusão dos diferentes centros de saúde existentes na ilha, foram solicitadas reuniões com os enfermeiros diretores dos Centros de Saúde de Ponta Delgada, Vila Franca do Campo, Povoação, Nordeste e Ribeira Grande, onde foi possível clarificar os objetivos do estudo e obtidas as devidas permissões orais, bem como as orientações para que fosse possível falar com as enfermeiras responsáveis pela área de Saúde Materna.

Outro aspeto salvaguardado, e que se considera importante, foi a de se estar atentos às reações das participantes durante toda a entrevista, com a finalidade de se reconhecer de forma oportuna, sinais de desconforto, sofrimento ou outros, que pudessem interferir/agravar a situação de saúde emocional das participantes e condicionar o desenrolar da entrevista.

Outra questão ética a se considerar teve a ver com o respeito pela autonomia das puérperas e, portanto, com a sua liberdade em participar ou não no estudo, garantindo-lhes esse direito de forma voluntária. Às que acederam participar, foi solicitado o consentimento informado, procurando garantir que estariam suficientemente esclarecidas acerca do modo como iria decorrer a entrevista, da necessidade de a gravar em áudio, bem como acerca da possibilidade de colocarem as suas dúvidas, de recusarem a dar informações/responderem a determinada questão ou até de interromperem a sua participação. Neste sentido, com cada uma das participantes houve sempre espaço para uma conversa informal, não só como quebra-gelo, para que se sentissem à vontade para aceitar ou declinar a sua participação, mas também como forma de garantir o esclarecimento de dúvidas.

Uma vez que o investigador exerce a sua atividade laboral no Serviço de Obstetrícia do HDESPD, EPE, havia a probabilidade de se cruzar com as participantes no estudo aquando do seu internamento, pelo que houve sempre o cuidado de não abordar o assunto da investigação, de modo a que, aquando dos contatos para as entrevistar, não se sentissem coagidas a participar no estudo. Deste modo respeitou-se o seu direito à autodeterminação, garantindo que não se sentissem forçadas a participar no estudo.

Embora este pudesse ser um risco, considero que foi uma vantagem, uma vez que, na maioria dos casos, já havia sido estabelecido uma relação de confiança que permitiu o desenrolar das entrevistas de forma natural, sem reservas, permitindo a expressão de sentimentos, favorecendo a partilha de assuntos da sua intimidade e privacidade. No entanto, constitui sempre preocupação salientar a possibilidade de optarem por aceitar, declinar ou, interromper a sua participação, sendo a sua participação de carácter voluntário.

Foi salvaguardado, também, o direito à confidencialidade dos dados, que constava do consentimento informado, que incluía também a garantia de que seria mantida, mesmo com a gravação das entrevistas, esclarecendo que, após a sua transcrição, seriam apagadas. Esta informação permitiu evitar o desconforto de pensarem que eventualmente alguém associaria a voz gravada às suas identidades. Saliente-se que este compromisso assumido com as participantes foi colocado em prática, tendo sido eliminada toda a informação passível de identificar alguma das participantes, familiares ou profissionais. Saliente-se também, que todos os nomes foram eliminados e substituídos por outros fictícios. Também foi substituída qualquer outra informação que pudesse identificar a participante. A título de exemplo, se a participante se refere ao seu marido chamando pelo nome próprio, na transcrição da entrevista aparece *marido*. Se se referir à enfermeira x, na transcrição aparece enfermeira.

Foi preocupação cumprir as orientações de Gómez, Flores e Jiménez (1999), no que se refere ao início da gravação. Os autores alertam que só após os participantes darem o seu consentimento é que se deve começar a

gravar e aconselham ter o cuidado de verificar o funcionamento do mesmo.

No decorrer das entrevistas, houve sempre a preocupação de se evitar a emissão de juízos de valor ou imposição de valores/princípios às puérperas, adotando uma postura empática, isenta, humilde e rigorosa do ponto de vista científico.

Foi dada, ainda, a possibilidade de todas as participantes escolherem o local e a hora que preferiam, para a realização das entrevistas, no sentido de perturbar o menos possível as suas atividades quotidianas e responsabilidades enquanto mãe. Foi facultada, a todas as participantes, os contatos do investigador, caso houvesse a necessidade de o contactar.

Creswell (2003) enumera questões éticas a considerar em associação com várias componentes do processo de pesquisa, com destaque para a própria formulação do problema, do propósito e das questões da investigação, a recolha de dados, a sua análise e interpretação e, finalmente, a disseminação de resultados.

A par dos princípios éticos, existem outros relacionados com o rigor científico e a qualidade da investigação qualitativa, importantes para a preservação do diálogo, de forma autêntica e respeitosa e na redação do relatório de investigação, e que se procurou seguir na elaboração desta investigação. De acordo com Creswell (2003), o investigador deverá clarificar a sua posição teórica e epistemológica, condição importante para se efetuar uma boa pesquisa qualitativa, justificando a opção pelo método escolhido e a sua adequação ao problema em pesquisa, bem como pela seleção da amostra, recolha de dados e sua análise, de forma a clarificar a transparência da investigação. Relativamente ao tratamento e análise dos dados, esteve sempre em mente todo o processo interativo permanente entre os dados, a sua codificação e interpretação, a inclusão de testemunhos que fundamentam as conclusões e o destaque da informação negativa/discrepante, foi assegurado (Creswell, 2003; Meyrick, 2006).

A escrita de memos sobre os códigos, categorias e suas relações contribuiu, de igual modo, para a confiança/segurança e validade desta pesquisa. Acrescente-se que a amostragem teórica, o desenvolvimento

conceptual e a descrição detalhada do método utilizado, adicionam transferibilidade das descobertas para serem usadas em outros estudos.

De modo sucinto, procurou-se seguir as orientações de Corbin e Strauss (2008), de forma a assegurar e manter o rigor do processo investigativo, que recomendam ter em atenção os seguintes critérios:

- **Adequação:** os resultados devem refletir a experiência dos participantes, revendo-se na história, ainda que nem todos os detalhes se apliquem a todos;
- **Aplicabilidade ou utilidade:** os resultados devem fornecer novas explicações, acrescentar conhecimento e poder ser utilizados para mudar a prática;
- **Conceitos:** os resultados devem ter conteúdo, devendo ser desenvolvidos em termos das suas propriedades e dimensões, de forma a se verificar densidade e variação;
- **Contextualização dos conceitos:** os resultados devem ser relacionados com o contexto, pois só assim é possível compreender o porquê de determinados acontecimentos, a razão dos significados que são atribuídos aos acontecimentos, ou o motivo pelo qual as experiências acontecem de uma forma e não de outra;
- **Lógica:** os resultados devem fazer sentido e conter o mínimo de lacunas, para que o leitor não fique confuso, nem com dúvidas de que alguma coisa não está correta;
- **Profundidade:** os detalhes descritivos enriquecem os resultados;
- **Variação:** ao incluir variações, o investigador demonstra a complexidade da vida humana, pelo que os resultados devem conter variações, com exemplos que não obedecem ao padrão e que mostram as diferenças nas propriedades e dimensões;
- **Criatividade:** apresentação dos resultados de forma criativa e inovadora;
- **Sensibilidade:** o investigador deve demonstrar ser sensível aos dados e aos participantes, devendo as questões derivar da colheita de dados;
- **Evidência de memos:** deve haver evidência e discussão de memos no final do relatório.

Para os autores, estes critérios constituem linhas orientadoras, o que significa que os procedimentos de investigação e os critérios de avaliação podem ser modificados. Ainda assim, salientam que outro investigador pode discordar das conclusões desenvolvidas pelo investigador original e que apenas o investigador que realizou a colheita de dados e esteve imerso neles pode confirmar os resultados.

Por esta razão, optou-se por uma descrição pormenorizada do estudo realizado e os aspetos fundamentais, como sejam os objetivos, a pergunta de partida, algumas das entrevistas transcritas e respetivo tratamento de dados, foram discutidos e analisados com a orientadora do estudo. Acrescente-se que após a análise e interpretação de cada entrevista, foi feita a validação com cada uma das participantes.

Capítulo 2

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A transição para a parentalidade, à semelhança de outros fenómenos, é um processo construído a partir do contexto onde os significados são produzidos. Corbin e Strauss (2008), identificam um conjunto de condições nas quais os problemas e/ou situações surgem e nas quais as pessoas lhes respondem, e que, ao fazê-lo, geram consequências que podem ter impacto sobre as condições. É deste modo que o fenómeno da transição para a parentalidade deve ser percebido, devendo ser a partir deste ângulo que se deve procurar perceber de forma global o fenómeno em estudo.

Assim, neste capítulo, procede-se à apresentação e discussão dos achados da investigação realizada. Em um primeiro ponto é feita uma contextualização geográfica e sociodemográfica; no segundo é descrito o contexto da interação, caracteriza-se as puérperas participantes no estudo e, por último, apresentam-se os resultados obtidos.

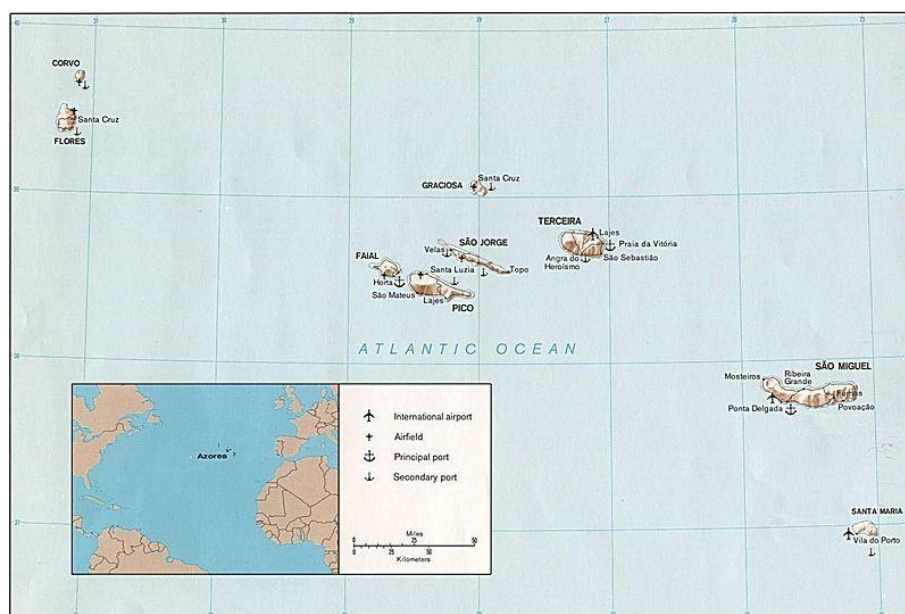
1 – O CONTEXTO GEOGRÁFICO E SÓCIO-DEMOGRÁFICO

O estudo realizou-se na ilha de São Miguel, na Região Autónoma dos Açores. O Arquipélago dos Açores (Figura 3) é composto por 9 ilhas habitadas, distribuídas por três grupos geográficos: o Ocidental (Flores e Corvo), o Central (Terceira, Graciosa, São Jorge, Pico e Faial) e o Oriental (São Miguel e Santa Maria). Encontra-se também organizada em 19 concelhos e 156 freguesias. Os Açores, oficialmente designados por Região Autónoma dos Açores (RAA), regem-se por um estatuto político-administrativo autónomo, consubstanciado no Estatuto Político-Administrativo da RAA. Ainda que pertencendo à República Portuguesa, detém órgãos de governo próprios, nomeadamente a Assembleia

Legislativa Regional e o Governo Regional, com sedes nas ilhas de S. Miguel, Terceira e Faial. É um arquipélago transcontinental, situado no Atlântico nordeste, que integra a União Europeia (UE) com o estatuto de **região ultraperiférica** do território da UE, conforme estabelecido no artigo 299.º-2 do Tratado da UE, detendo a maior Zona Económica Exclusiva (ZEE), com os seus 994.000 Km², que constitui grande parte das chamadas "águas ocidentais" da União, o que tem levado a discussões sobre a importância dos Açores na UE.

Com uma superfície de 2333km², viram aumentar a sua população entre 2001 e 2011 em 1,79%, de 241.763 habitantes para 246.102 (Quadro 2).

Figura 3 – Mapa do arquipélago dos Açores



No entanto, nem todas as ilhas aumentaram o seu número de habitantes. Com exceção para Corvo, Terceira e, sobretudo, para São Miguel, nas restantes ilhas a população decresceu, sendo as mais atingidas em termos quantitativos, Pico e S. Jorge e em termos percentuais Flores e Graciosa, onde o decréscimo da população foi de 5,11% e 8,10%, respetivamente (Quadro 2).

A Ilha de São Miguel, a maior ilha do arquipélago (Figura 4), assistiu ao aumento da sua população em 4,63% no espaço intercensitário, registando o maior aumento populacional nas ilhas açorianas, contando em 2011 com

uma população de 137 699 habitantes (Quadro 2). Com uma superfície de 746,82 km², a população desta ilha representa cerca de 55,95% da população açoriana.

Quadro 2 – Índices de variação da população das ilhas açorianas 2001-2011

VARIAÇÃO DA POPULAÇÃO DOS AÇORES 2001-2011				
Ilha	Anos		Variação	
	2011	2001	Habitantes	Percentagem
Santa Maria	5.578	5.578	- 31	- 0,56 %
São Miguel	137.699	131.609	+ 6.090	+ 4,63 %
Terceira	56.062	55.833	+ 229	+ 0,41 %
Graciosa	4.393	4.780	-387	- 8,10 %
São Jorge	8.998	9.674	- 676	- 6,99 %
Pico	14.144	14.806	- 662	- 4,4 %
Faial	15.038	15.063	- 25	- 0,17 %
Flores	3.791	3.995	- 204	- 5,11 %
Corvo	430	425	+ 5	+ 1,18%
Açores	246.102	241.763	+ 4.339	+ 1,79 %

Figura 4 – Arquipélago dos Açores e ilha de São Miguel.



Constituída por seis concelhos e 64 freguesias, o setor primário é a principal atividade económica da ilha, destacando-se a produção de cereais, chá, vinho, frutas, com relevo para o ananás, além da pecuária

bovina. A ilha do Arcanjo, como também é conhecida, tem realidades culturais muito distintas de concelho para concelho e dentro do mesmo concelho, detendo alguns traços marcadamente rurais em especial nas freguesias mais afastadas das sedes dos seus concelhos, onde os laivos urbanos imperam. Por esse motivo, se assiste aos movimentos migratórios dentro da própria ilha, verificando-se nos concelhos eminentemente rurais um crescimento populacional reduzido (Vila Franca do Campo) ou até decréscimo (Nordeste e Povoação), com o consequente aumento da população nos concelhos com características urbanas (Ponta Delgada, Lagoa e Ribeira Grande) (Quadro 3).

Da análise do Quadro 3, pode-se verificar que São Miguel é uma ilha relativamente rejuvenescida com um índice de envelhecimento de 55,63, que significa que em cada 100 jovens existem 55,63 idosos. Por outro lado, por cada 100 idosos existem 179,74 jovens na ilha. Regista uma taxa de natalidade de 12, 1‰, enquanto em Portugal essa taxa fixa-se em 8,5‰, todavia, a tendência da RAA, a que São Miguel não é alheio, é a da sua Taxa vir a diminuir, acompanhando a tendência nacional e europeia.

Todavia, a realidade não é idêntica em todos os concelhos da ilha, percebendo-se que os resultados são determinados, em grande parte, pelo peso demográfico dos concelhos Ponta Delgada e Ribeira Grande. Os Concelhos Nordeste e Povoação são os que possuem uma densidade populacional mais baixa. Para além disso, assistiram a uma redução em 10 anos da sua população em 7% e 6,1%, respetivamente. São também os concelhos mais envelhecidos da ilha, havendo, no Nordeste, por cada 100 jovens 99,6 idosos e por cada 100 idosos 100,34 de jovens, ao passo que na Povoação por cada 100 jovens existem 81,48 idosos e por cada 100 idosos existem 122,72 jovens. É o concelho do Nordeste que regista a taxa de natalidade mais baixa da ilha com 6,6‰ em 2012, sendo da Povoação de 10,4‰, idêntica à dos concelhos de Lagoa e Ponta Delgada.

Relativamente aos concelhos de Ribeira Grande e Lagoa, têm em comum o facto de registarem os índices de envelhecimento e juventude mais baixos da ilha sendo, portanto, os concelhos mais rejuvenescidos de São Miguel,

apresentando, de igual modo, as taxas mais elevadas de natalidade registadas em 2012.

Quadro 3 – Divisão Administrativa, área, população, envelhecimento demográfico e taxa de natalidade⁸

Concelho	Ponta Delgada	Lagoa	Vila Franca do Campo	Povoação	Nordeste	Ribeira Grande	São Miguel
Informações							
Área (km ²)	231,90	45,57	78,00	110,30	101,51	180,15	746,82
Nº de freguesias	24	5	6	6	9	14	64
Habitantes	68 748	14 430	11 255	6 314	4 920	32 032	137 830
Densidade populacional (hab/km ²)	296,72	316,35	143,96	57,36	48,64	178,25	184,55
Variação da população 2001/2011 (%)	4,4	2,2	0,9	-6,1	-7,0	12,5	4,6
Índice de Juventude	159,35	210,20	166,84	122,72	100,34	271,64	179,74
Índice de Envelhecimento	62,7	47,57	59,94	81,48	99,6	36,81	55,63
Taxa de Natalidade (2011/2012)	11,3/10,4	11,7/12,2	12,5/10,4	11,3/10,4	8,5/6,6	14,8/12,4	12,1/10,9

No entanto, saliente-se que de diferente têm o facto de Lagoa ter uma densidade populacional de 316,35 e Ribeira Grande de 178,25. Acrescente-se ainda que Ribeira Grande no espaço intercensitário de 2001 e 2011 viu a sua população crescer em 12,5%, enquanto a de Lagoa apenas cresceu 2,2%. No que se refere aos Concelhos de Ponta Delgada e Vila Franca do Campo, embora tenham uma densidade populacional muito distinta, partilham de semelhanças no que se refere aos indicadores de envelhecimento demográfico, apresentando populações ainda

⁸ Fonte de dados: Instituto Nacional de Estatística (INE), disponível em <http://www.ine.pt>

relativamente rejuvenescidas, e registando uma taxa de natalidade idêntica na ordem dos 10,4‰.

A RAA foi a que, na década entre 2001 e 2011, registou um maior recuo na taxa de analfabetismo em Portugal, com um decréscimo dos 12,71% em 2001 para os 5,23% em 2011. Na atualidade, de acordo com dados dos censos de 2011, regista-se um progresso em termos de escolaridade, com recuo da população com níveis de instrução mais reduzidos, nomeadamente até ao 2º ciclo, e um aumento dos níveis de qualificação superiores.

2 – O CONTEXTO DO ESTUDO

O contexto do estudo relaciona-se com o espaço temporal e com o local onde as participantes experimentaram o fenómeno, ou seja, onde decorreu a recolha de dados. Atendendo aos objetivos delineados, o estudo desenvolveu-se entre a quarta e a sexta semana após o parto, no fim do puerpério tardio e 4º/6º mês, no decorrer do puerpério remoto (DeCherney, Laufer, Nathan e Roman, 2013). A escolha por este espaço temporal prende-se com o reconhecimento de que as várias alterações registadas no puerpério geram uma maior vulnerabilidade psíquica na mulher, pelo que se deverá valorizar os processos subjetivos da adaptação da mulher ao bebé (Santos Jr., Silveira e Gualda, 2009). Esta é uma etapa que se caracteriza pelo risco diminuído de se desenvolver *blues* pós-parto⁹, constituindo-se, no entanto, como de risco para o desenvolvimento da DPP e, portanto, com focos de atenção distintos (Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins e Teixeira, 1998; Santos, Martins e Pasquali, 1999; Cruz, Simões e Faisal-Cury, 2005; Ruschi *et al*, 2007; Tannous, Gigante, Fuchs e Busnello, 2008). Por outro lado, segundo o artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 89/2009 de 9 de abril a mãe deverá gozar da licença parental “(...) obrigatoriamente, por um período de seis semanas após o parto, os quais se integram no período de atribuição de subsídio parental inicial.”,

⁹ Atualmente o *Blues* pós-parto é incluído nos transtornos de ajustamento de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), definido uma perturbação de humor com caráter transitório, frequente e benigno.

podendo o remanescente ser gozado pelo pai. Assim, importava que as mulheres estivessem ainda com o tempo de licença parental, estando em casa com os seus filhos, dispondo, deste modo, de maior disponibilidade para a entrevista. Também não houve qualquer dificuldade em agendar e realizar as segundas entrevistas, dado que das 14 participantes, 10 estavam desempregadas e as outras 4 ainda estavam de licença parental no momento da sua realização.

No que se refere ao local, embora fossem oferecidas outras hipóteses de locais, as participantes optaram, na sua totalidade, para que a recolha fosse efetuada no seu domicílio. Tal escolha contribui para que as participantes se sentissem mais cómodas, bem como integradas no seu meio, sentindo-se mais à vontade e menos ameaçadas. Por outro lado, permitiu também a observação e registo de notas de campo, sobre aspetos comportamentais, afetivos e do espaço envolvente, que de outra forma não seria possível.

3 – OS SUJEITOS DO ESTUDO

No que se refere aos sujeitos do estudo, saliente-se que, tal como Strauss e Corbin (1990) referem, o número de participantes no estudo não foi pré-determinado. O que o determinou foi a saturação teórica definida pela análise de dados, de forma a se atingir a “representatividade dos conceitos” (Strauss e Corbin, 1990, p. 190). Deste modo, no Quadro 4 apresentam-se resumidamente as características das participantes.

O grupo de participantes foi constituído por 14 mulheres, com um intervalo de idades entre os 18 e os 44 anos de idade, com uma idade média de 29,93 anos. Da mesma forma, regista-se uma heterogeneidade no que se refere à escolaridade, verificando-se que o grau mínimo fixa-se ao nível do 4º ano e o máximo ao nível da licenciatura. Apenas uma participante possui, ao nível da escolaridade, o 1º ciclo do ensino básico; duas participantes possuem o 2º ciclo do ensino básico; com o 3º ciclo do ensino básico existem 6 participantes. Já no que se refere ao secundário, existem quatro participantes e apenas uma com o grau académico de licenciado.

Profissionalmente, apenas quatro participantes se encontravam a trabalhar, sendo que as restantes dez estavam em situação de desemprego. Destas últimas, saliente-se que seis não tinham profissão definida, enquanto as outras quatro a tinham. Das quatro que trabalhavam, duas são assistentes operacionais, uma professora e a outra é operária. No que se refere ao estado civil nove são casadas, três solteiras e duas vivem em união de facto.

As participantes do estudo residem em distintos concelhos da ilha de São Miguel, em áreas predominantemente rurais, à exceção das que vivem nas freguesias que constituem o meio urbano da cidade de Ponta Delgada. Vivem todas em moradias. No que diz respeito aos aspetos relacionados com a gravidez, apenas quatro participantes afirmam ter planeado a gravidez, enquanto as restantes dez dizem que a gravidez não foi planeada. Ainda assim, oito participantes no estudo, afirmam que foi desejada, das quais cinco não tinham planeado engravidar. Uma das participantes que referiu ter planeado a sua gravidez, não a sentisse como desejada. Relativamente ao tipo de parto, nove tiveram um parto por via vaginal, três dos quais distócicos e cinco por cesariana. No que respeita à paridade, cinco são primíparas e as restantes múltíparas, seis das quais com três ou mais filhos. Todas as participantes não registaram intercorrências no seu puerpério e os seus RN são saudáveis. Relativamente à prática da amamentação, sete fazem-no enquanto as outras sete optaram por não amamentar.

Finalmente, no que respeita aos scores obtidos através do recurso à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, pode-se constatar que varia entre 12 e 24 pontos, registando-se apenas duas participantes com scores superiores a 20.

Depois de caracterizado o contexto geográfico e sociodemográfico, bem como o contexto e as participantes no estudo do complexo processo de transição para a parentalidade de mulheres em risco de desenvolverem DPP, dar-se-á início à abordagem e fundamentação dos constructos que definem este trabalho.

Quadro 4 – Características das participantes no estudo

Nome *	IO	Escolaridade	Profissão	Situação profissional	Estado civil	Concelho	Gravidez planeada	Gravidez desejada	Parto	Puerpério	RN	Amamenta	EDPPE
Aurora	22 (2002)	9º ano	Técnica administrativa	Desempregada	Casada	Ribeira Grande	Não	Sim	Cesariana	Normal	Saudável	Não	21
Bruna	18 (1001)	12º ano	Desempregada	Desempregada	Solteira	Lagoa	Não	Não	Eutócico	Normal	Saudável	Não	14
Cláudia	44 (3013)	6º ano	Assistente operacional	Empregada	Casada	Povoação	Não	Não	Eutócico	Normal	Saudável	Sim	18
Dina	25 (1001)	8º ano	Doméstica	Desempregada	Solteira	Nordeste	Não	Sim	Eutócico	Normal	Saudável	Sim	12
Eva	41 (3003)	8º ano	Assistente Operacional	Empregada	Casada	Ponta Delgada	Não	Sim	Eutócico	Normal	Saudável	Não	12
Fernanda	33 (4004)	6ºano	Doméstica	Desempregada	Casada	Povoação	Não	Não	Eutócio	Normal	Saudável	Sim	19
Gabriel a	32 (1011)	12º ano	Estudante	Desempregada	Casada	Vila Franca do Campo	Sim	Sim	Cesariana	Normal	Saudável	Sim	12
Hélia	35 (3003)	9º ano	Doméstica	Desempregada	Casada	Vila Franca do Campo	Não	Sim	Eutócico	Normal	Saudável	Não	24
Iva	28 (3003)	9º ano	Doméstica	Desempregada	Casada	Nordeste	Sim	Sim	Ventosa	Normal	Saudável	Não	17
Juliana	28 (1112)	Licenciatura	Professora	Desempregada	Solteira	Ponta Delgada	Não	Sim	Forceps	Normal	Saudável	Sim	14
Lara	21 (1001)	10º ano	Estudante Técnica turismo	Empregada	União de facto	Vila Franca do Campo	Não	Não	Cesariana	Normal	Saudável	Não	13
Maura	29 (1001)	12º ano	Técnica turismo	Desempregada	Casada	Ponta Delgada	Sim	Sim	Ventosa	Normal	Saudável	Não	12
Nina	43 (4004)	4º ano	Operária	Empregada	Casada	Ribeira Grande	Sim	Não	Cesariana	Normal	Saudável	Não	15
Octávia	20 (2002)	7º ano	Doméstica	Desempregada	União de facto	Vila Franca do Campo	Não	Não	Cesariana	Normal	Saudável	Sim	16

* Os nomes apresentados não correspondem à verdadeira identidade das participantes; foram alterados de modo a preservar a sua identidade.

4 – TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE DE MULHERES EM RISCO DE DESENVOLVEREM DPP

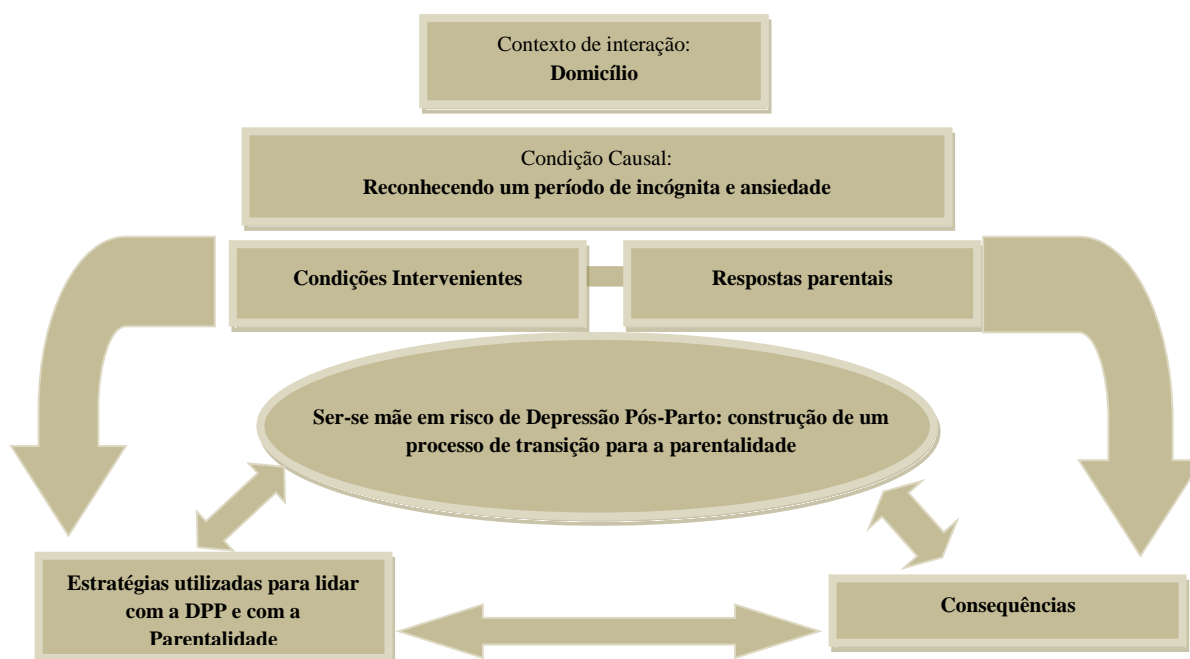
Após a redução máxima do processo de codificação, que tinha originado a construção dos códigos, categorias e subcategorias, procedeu-se à sua organização, reanalizando-as, comparando-as e ordenando-as, percebendo as suas inter-relações, o que fez com que emergisse a categoria central deste estudo **“Ser-se mãe em risco de Depressão Pós-Parto: construção de um processo de transição para a parentalidade”**, dando início a um modelo explicativo do fenómeno em estudo.

Na sequência da reorganização das categorias e após perceber as suas interconexões, foi possível identificar os elementos constituintes do Modelo Paradigmático de Corbin e Strauss (2008), a saber: condição causal, contexto, estratégias de ação/interação, condições intervenientes e consequências. A construção do processo de transição para a parentalidade, da mulher em risco de DPP, não decorre exclusivamente de um fator ou causa. São, na verdade, inúmeros os fatores e acontecimentos que podem contribuir para que este fenómeno se configure e que interaja, obrigatoriamente, entre si, de forma a se encontrar o significado, consequência da relação com vários e diferentes elementos, mas também sofrendo influência direta da consciência reflexiva, que vão dando origem à construção do processo de transição da mulher em risco de DPP. A figura 5 que se apresenta de seguida, pretende ilustrar o relacionamento das categorias com o fenómeno, enquanto categoria central, em diferentes estádios de transição para a parentalidade.

De seguida, serão detalhados cada constructo, incluindo as categorias e subcategorias que o compõe, de forma a perceber de que forma os elementos estruturais e processuais transcorrem e são transcorridos pelo fenómeno. Para melhor compreender a sua hierarquia, optou-se por utilizar diagramas. No início da exploração de cada constructo é apresentado um diagrama sintético que inclui as relações entre constructo e categorias. Aquando da explanação de cada categoria, são apresentados diagramas que demonstram as relações entre as categorias e

subcategorias. Quando, ao longo do texto, se referencie pela primeira vez as categorias, será assinalado com letras maiúsculas, as subcategorias a negrito e as sub-subcategorias a itálico.

Figura 5 - Diagrama do fenómeno em estudo de exercício da parentalidade da mulher em risco de DPP

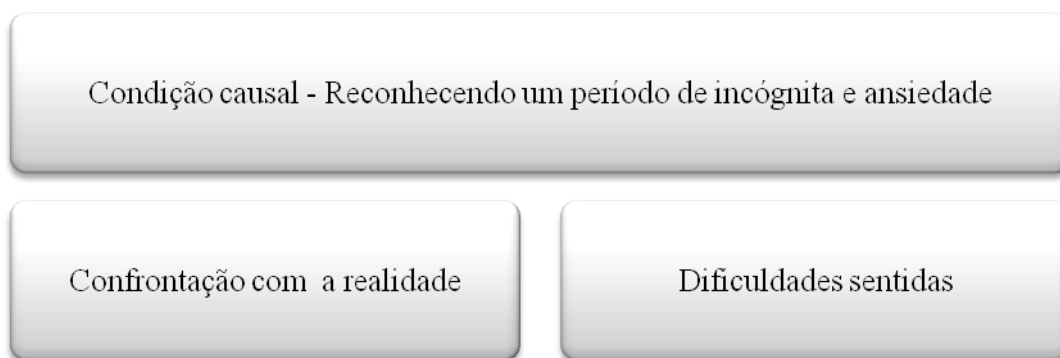


4.1 - Condição causal - Reconhecendo um período de incógnita e ansiedade

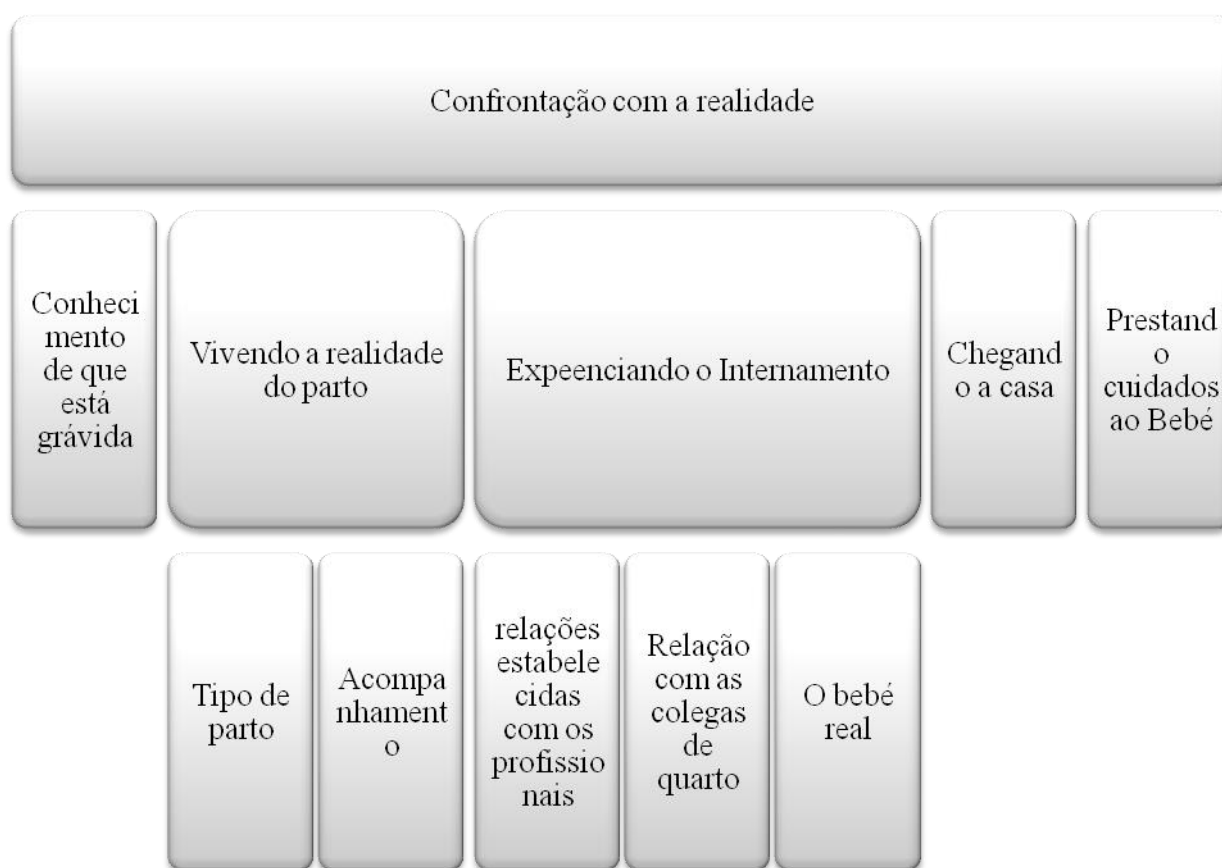
Como **Condição causal - Reconhecendo um período de incógnita e ansiedade** pode-se entender o evento que levou ao desenvolvimento do fenómeno, neste caso a incógnita e a ansiedade desencadeada pela chegada de um filho (Staruss e Corbin, 2008). A novidade que é tornar-se mãe parece confrontar a mulher com um período de incertezas e incógnitas que a cercam desde o dia em que descobre que está grávida, até ao período puerperal. Aquando da descoberta de que se está grávida muitas são as incertezas que se instalam. O receio da maternidade, do que representa e as incógnitas relacionadas com o bem-estar fetal estão presentes ao longo da gravidez, enquanto no puerpério os cuidados ao bebé e a recuperação da imagem corporal, são as preocupações dominantes. No meio da incerteza, há, porém, uma convicção: a de que

tudo “é estranho, muito estranho! Só temos mesmo uma certeza: nunca mais nada será como antes! Não sabemos de mais nada... quando ficamos grávidas nem sabemos se queremos ou não... nem como ele vai ser. Só sabemos que nada mais será igual...!” refere Maura, reconhecendo um período de incógnita e de ansiedade (figura 6).

Figura 6 – Diagrama do constructo Condição causal – reconhecendo um período de incógnita e de ansiedade



A noção de que se vai ser mãe parece, como já referido, despertar na mulher um período de desnorteamento, que se prolonga pela gravidez e puerpério, ainda que relacionando-se com aspetos distintos. Todavia, como em qualquer situação, a CONFRONTAÇÃO COM A REALIDADE impõe-se (Figura 7). Esta é uma condição causal que surge logo após a novidade de estar-se grávida, mas que se prolonga até ao puerpério, isto porque há sempre a necessidade de se confrontar com a chegada do bebé, transformando-se enquanto mulher, adquirindo novos papéis repletos de exigências e responsabilidades. A situação é tão mais dilemática, quando se depara com o bebé real, em tudo distinto do bebé imaginário. Esta constante confrontação com a realidade exige a infinita capacidade de adaptação às circunstâncias que são impostas pelo processo de maternidade, mesmo que vivam algum desnorteio, confrontados até à exaustão, com a pergunta de quando e como sairá da crise em que se encontra.

Figura 7 - Diagrama da categoria Confrontação com a realidade

“Às vezes parecia que era mentira... só acreditei mesmo que estava grávida quando eu vi a barriga a crescer... aliás, nem mesmo assim! Acho que foi só mesmo depois de fazer a primeira ecografia e vi o coraçãozinho a bater. Aí é que a realidade caiu em mim e eu pensei para mim ‘Estás mesmo grávida!’” (Iva)

“Eu penso que não foi fácil eu aceitar a realidade... eu bem que sabia que estava grávida, porque o teste tinha dado positivo e a enfermeira tinha-me dito, mas eu não sei se era eu que não acreditava se era eu que não queria acreditar!!! Mas pronto. Depois não tive outro remédio tive de me confrontar com o facto de estar grávida... mas acho que foi só depois de sentir ele mexer dentro de mim é que tomei consciência... e comecei a encarar isso como uma realidade e a preparar a sua chegada” (Aurora)

“Quando nasce o bebé, aí... só pensei E agora? Não sabia o que pensar... uma coisa é saber que estamos à espera de bebé e que queremos muito, mas depois vem a realidade... e eu pensava ‘O que é que eu faço com isto?’ Apetecia-me chorar, e não era de alegria... era de receio...” (Lara)

O **conhecimento de que está grávida** pode ter contornos contraditórios, fruto do desejo de se querer ter um filho ou do quanto ele é desejado. A verdade é que ter um filho é uma experiência ímpar entendida, no passado, como uma consequência natural da vida. Hoje em dia com as alterações sociais que se vive e que a mulher, em especial, tem vindo a

vivenciar no seio das sociedades, sabemos que é bem mais do que uma consequência. É, pois, uma escolha, que implica mudanças complexas a nível fisiológico, socioeconómico, familiar, psicológico e emocional.

Deste modo, este período exige da mulher/casal uma série de novas adaptações, reorganizações intrapsíquicas e interpessoais, que variam de caso para caso. Ainda que as alterações que ocorrem durante a gravidez sejam comuns a todas as mulheres, a forma como lidam com estas situações depende diretamente da sua personalidade, das circunstâncias em que a gravidez ocorre, da relação com o companheiro, das repercussões que possam advir da chegada de um filho. O conhecimento de que se está grávida pode, então, levar a que surjam sentimentos contraditórios, independentemente da gravidez ser esperada ou planeada. Apesar de toda a felicidade do momento, o receio da novidade surge, e o sentimento de surpresa de se estar grávida existe sempre, *“Três vezes estive grávida, três vezes foi uma surpresa. Das outras duas fiquei muito feliz, mas desta... eu só chorava! Não é que eu não quisesse e estivesse triste, mas não era ainda altura de ter mais um petcheno¹⁰...”* (Cláudia).

Ainda assim, passando a fase da surpresa, vem a fase da consciencialização da realidade e, com essa tomada de consciência, manifesta-se o desejo construído ao longo de uma vida do que será a sua gravidez. Caso a realidade se encaixe no imaginado, a mulher viverá essa fase com entusiasmo e alegria. Caso o oposto ocorra, então poderá ser um fator desencadeante de *stress*, angústia, conduzindo à crise iminente *“Essa não foi a gravidez que eu sonhei. Eu sonhei com uma gravidez como a que se vê nos filmes, tipo comer, engordar bastante, ver a barriga crescer e ver aquele momento de... ter aquele ser a desenvolver-se dentro de nós, e amar aquele ser e estar ali e... viver uma gravidez bem (...) não apreciei. Não gostei! Não tenho saudades nenhuma da gravidez que tive, da minha gravidez.”* (Gabriela).

No entanto, a surpresa de que se está grávida, em determinada altura, é ultrapassada pela tomada de consciência de que a gravidez irá terminar. A representação do parto, bem como os mitos que o envolvem, surgem bem

¹⁰ No léxico micalense *petcheno* refere-se a pequeno, não no sentido de estatura baixa, mas sim de criança.

antes da gravidez. A imagem do parto, à semelhança de outros fenômenos humanos, não é mais do que uma construção social sedimentada ao longo da vida, com relatos e testemunhos referentes às dores do parto, ao momento da expulsão fetal, ao choro e saúde do bebê que nasce. Esta construção é reforçada pelos media e cinematografia, que divulgam a imagem do parto como sendo algo doloroso, repleto de sangue e horror, com desmaios dos parceiros e ordens abusivas dos profissionais e que entram pela casa dentro, para fortalecer a imagem negativa do parto. Também por essa razão, não é difícil de se perceber que **vivendo a realidade do parto** (que inclui as sub-subcategorias tipo de parto e acompanhamento) é, sem sombra para dúvida, o momento no ciclo gravídico-puerperal mais repleto de emoções fortes como sejam o medo, a ansiedade, a dor, a alegria, a revolta, todos eles experimentados em um curto período de tempo (Haines, Rubertsson, Pallant e Hildingsson, 2012). Multiplicam-se as opiniões sobre o *tipo de parto* que se quer ter e que se deve desejar, todas elas fundadas em opiniões de mulheres, cuja experiência é (ou assim parecer ser, para quem as ouve) superior à sua. O tipo de parto passa então a ser uma opção individual, deixando de ser uma opção terapêutica: *“Eu sempre disse que queria uma cesariana e tive a cesariana! Pelo’ê¹¹ se fosse normal!! Acho que morria.”* (Octávia). Ainda que dificilmente uma mulher anseie por um parto vaginal distócico, muitas são as mulheres que a optar, optariam pela cesariana, o que faz com que se questione, muitas vezes, sobre os critérios e o juízo clínico subjacentes à escolha desta via de parto. Parece, porém, que devido à sua banalização, a cesariana, tornou-se moda um pouco por todo o mundo, como refere Michel Odent (2005), de tal forma que o assunto tem dado azo a discussões e reflexões, muitas delas publicadas na imprensa científica (Lavender, Hofmeyr, Neilson, Kingdom e Gyte, 2012; Klein, 2012; NHS, 2013; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013; Dexter, Windsor e Watkinson, 2014).

Saliente-se que no nosso país, no que respeita à cesariana a pedido, não há estudos que explicitem esta realidade, percebendo-se, no entanto, que

¹¹ No léxico micaelense *pelo’ê* significa Deus me livre, Ai de mim.

os médicos não demonstram abertura para acolher os desejos pessoais das mulheres nesta matéria. Por outro lado, existem também mulheres que anseiam por uma abordagem menos tecnicista e mais coincidente com o lado mais natural do nascimento e que, na sua impossibilidade, sentem-se frustradas e dececionadas *“Mas depois então, disseram que é cesariana. (...) Sempre imaginei que ia ter um parto normal, dado ao historial da minha família. Sempre pensei e queria que assim fosse. Mas não foi!”* (Gabriela).

Independentemente da situação, a mulher deverá usufruir de um *acompanhamento* especial, aprimorado, humanizado, extremamente individualizado que, por mais que os profissionais o desejem e tentem fazer, é de difícil concretização, até mesmo pelo escasso tempo de que dispõem para estabelecer uma relação terapêutica condicente com os pressupostos da relação de ajuda defendida por Suzanne Kérrouac: *“(...) o que vale foram os profissionais. Explicavam-me tudo e permitiam que eu fizesse perguntas, (...) senti-me invadida, mas compreendia que tinha de ser, era um processo que tinha de ser, mas explicavam-me... Mas às vezes faltava um pouco de calor humano”*(Gabriela). Assim, sendo este um momento que deverá ser sublime na vida da mulher, nada mais fará sentido do que ela ser acompanhada, por aquela pessoa que considere que dará o apoio que ela necessite:

“Quem assistiu foi uma irmã minha. Ela quis e ela então assistiu comigo e foi muito importante ela estar ali comigo... deu-me muito apoio.” (Bruna).

“ O meu marido assistiu... ele dessa vez teve coragem, que das outras ele não quis... ele não quis, nem deixavam! Naquele tempo era assim. Mas para mim foi importante! É outro conforto, outro apoio...” (Cláudia)

O acompanhamento por um ente querido não tem como objetivo o de substituir os profissionais, mas sim o de proporcionar o afeto, o carinho e o conforto emocional que neste período é requerido pela parturiente. Aos profissionais caberá perceber que o nascimento de um bebé representa, para aquela mulher/família um momento sublime, pelo que a sua prática só faz sentido quando qualificada e humanizada, repleta de sensibilidade e com consciência do papel essencial que representam neste processo e no que se avizinha, ansiando-se por uma presença consistente, *“(...) pouco*

apareciam no quarto. Era importante que tivessem aparecido para eu me sentir segura e tirar dúvidas...” (Hélia). Com efeito, **experienciando o internamento** (que inclui as sub-subcategorias relações estabelecidas com os profissionais, relação com as colegas de quarto e o bebê real) entrecruza-se com a vivência do puerpério. No caso do HDESPD, as puérperas são transferidas para o serviço de internamento quando completam a primeira hora de pós-parto, ainda no decorrer do puerpério imediato, permanecendo, salvo exceções pontuais, 48 horas internadas no caso dos partos vaginais ou 72 horas no caso das cesarianas. Cada quarto destina-se a acomodar três puérperas com os respectivos bebês. Neste contexto, tão importante quanto a gravidez e parto, são estabelecidas relações que irão marcar o início de uma nova fase da vida, enquanto mãe. Após o parto, a mulher confronta-se com a realidade daquilo que, até ali, era apenas imaginário. Há o confronto, com o *bebê real*, que por mais próximo que seja do imaginado e idealizado, será sempre diferente. Ao longo da gravidez são criadas expectativas que podem ser a origem de deceções, mesmo porque (mais uma vez!) as imagens que nos são bombardeadas pelos media e pela sociedade, sobre as maravilhas de se ter um bebê no colo, pode não ser exatamente como o descrito e por certo um recém-nascido em nada se compara aos bebês que servem de modelo aos anúncios promovidos por marcas de fraldas e artigos para bebê. O medo do bebê não ser saudável, de ter alguma deficiência ou alteração, são receios que assolam todas as mães: “*Eu só pedia: que ela venha bem! Sem moleste*¹² *nenhum... eu sabia que ia ser uma niquinha de gente*¹³, *mas eu só pedia para ela vir com saúde e sem defeito.*” (Fernanda)

O pós-parto encerra em si um período de transformações profundas e rápidas que exigem da mulher uma elevada capacidade de adaptação, não só em termos físicos (como a dor relacionada com a ferida perineal ou a ferida cirúrgica), mas também emocionais, despoletando na mulher sentimentos conflituosos e contraditórios entre a realização do sonho da

¹² No léxico micalense e no contexto que é utilizado pela entrevistada, *sem moleste nenhum* significa sem qualquer problema.

¹³ No léxico micalense *niquinha de gente*, significa miudinha. No caso é utilizado para dizer que a bebê ia ser miudinha.

maternidade e a melancolia da fase da adaptação. Neste contexto, a *relação estabelecida com os profissionais* caracteriza-se pela procura de apoio por parte da mulher, esperando encontrar atitudes e discursos favoráveis à sua adaptação enquanto mãe. Assim sendo, deverá ser preocupação dos profissionais perceber as necessidades da mulher no puerpério, as suas inquietações e expectativas e o apoio que desejam. Não nos esqueçamos que só recentemente é que o nascimento foi hospitalizado em Portugal e, mais concretamente, nos Açores. Com efeito, até finais da década de 70 do século transato, em São Miguel era possível a mulher escolher onde pretendia dar à luz, no seu domicílio ou nas casas de natividade/hospital, podendo usufruir, em qualquer um dos casos, de um acompanhamento próximo por parte das enfermeiras parteiras puericultoras ou pelas auxiliares de enfermagem parteiras. Após o parto, era assegurada uma visitação domiciliária nos três primeiros e no oitavo dia (Raposo, 2001). Aqui fica bem patente a cultura existente nas ilhas sobre o acompanhamento que era dado às mulheres no seu pós-parto e que, entretanto, devido às mudanças organizacionais a que as instituições de saúde assistiram na região, foi-se perdendo, sendo que o apoio que recebem resume-se, salvo exceções, à recebida aquando do internamento

“Quem ainda, nesse dia cuidou da minha filha foram as enfermeiras. Mas a verdade... dizem muita coisa, mas não tive que dizer... as enfermeiras nunca disseram nem comentaram nada de negativo sobre mim, nem mesmo quando eu não pude me levantar... não tive que dizer nem delas nem de ninguém. Fiquei-lhes muito grata!” (Gabriela)

“Recordo-me perfeitamente de não estar ainda bem, porque uma cesariana não se cura em dois, três, quatro ou cinco dias, e a mãe quer... é a tal coisa, eu vou falar por mim... a mãe quer fazer, mas muitas vezes não consegue. Recordo-me perfeitamente de uma enfermeira de ela me ter dito, não que não tenha gostado, mas acho que não foi muito feliz no que disse: “tens de fazer força contigo. Então? Como é que é? Vais dar um leitinho. Vais mudar a fralda.” e eu tava sentindo-me muito debilitada, até chorei na altura por causa disso” (Lara)

Com os excertos atrás transcritos, percebe-se que as mulheres encontram-se em uma fase vulnerável da sua vida e uma atitude ou um comentário menos adequado, pode assumir contornos antagónicos, favorecendo flutuações de humor rápidas. A atitude dos profissionais, mesmo que de forma inconsciente, pode determinar a forma como a mulher se encara como mãe e o seu processo de transição para a parentalidade

“Foi minha opção não amamentar. Pronto. Eu sabia que tinha vantagens, mas para mim só havia desvantagens: eu é que sabia a vida que tinha em casa, com a minha mãe acamada à minha espera! Mas senti-me tão mal quando a médica veio e disse Não vai amamentar?! Olha querido filho! Que linda mãe foste arranjar... Senti-me culpada, a pior mãe do mundo e não tive forças de dizer nada. Ainda hoje sinto-me culpada...” (Eva)

Ao profissional de saúde (sem distinção da classe a que se refere) é exigido que seja capaz de proporcionar o apoio desejado pela mulher, identificando e criando oportunidades educativas, de forma a facilitar a adaptação ao filho que chegou, levantando os diagnósticos e prestando assistência adequada.

Por outro lado, o facto de a mulher estar acompanhada por outras puérperas parece ser uma situação que, inicialmente encaram com entusiasmo pela companhia proporcionada. *A relação com as companheiras do quarto* parece ser um fator que proporciona conforto:

“Eu fui para um quarto de umas raparigas que estavam lá, a gente fazia um serãozinho a falar, sempre a vigiar os nossos miúdos, mesmo de manhã, para ver se ninguém tirava os miúdos da gente.” (Aurora)

“Mas o internamento foi bom. Tinha umas colegas de quarto foi bom, falamos, rimos, coisas de mulheres...” (Hélia)

“Eu fiquei sozinha num quarto... o que foi bom por um lado, mas mau por outro. Foi, porque como eu tive uma gravidez mais difícil, para eu poder chorar um pouco mais com ele, mas por outro senti-me muito sozinha...” (Bruna)

Todavia, passado algum tempo as mulheres que tiveram companhia acabaram por mudar de opinião, achando que o facto de ter outras mulheres no quarto acabaria por ser perturbador, desconfortável e dificultador do descanso:

“Mas depois tornou-se cansativo, um bebé chorava, depois era outro... Acabamos por não descansar... Era melhor se estivesse sozinha.” (Aurora)

“Ainda no primeiro dia foi bom é aquela novidade, mas depois já ficou um bocado desconfortável. Fica um bocado desconfortável e agente sente-se pouco à vontade sem privacidade, embora nunca tenham sido desagradáveis. Mas o facto de ter três mulheres no quarto foi perturbador.” (Hélia)

Entretanto, o período de internamento chega ao fim e com ele o regresso a casa. A verdade é que nos últimos anos a alta do internamento acontece de forma cada vez mais precoce e, por vezes, acontece em uma altura em que a mulher não se sente apta ou em condições para assumir, mesmo

que de forma partilhada, os cuidados pelo bebé. **Chegando a casa**, a mulher confornta-se com muitas dúvidas, muitos medos, dificuldades e inseguranças

“Preparada não. Não me sentia, porque não sabia o que é que ia a haver aí. Sabia que tinha de alimentar a criança, dar leitinho de x em x horas. Havia muita informação que eu não sabia, apesar de ter tido muitas bases de trás, mas uma coisa é a teoria, outra é a prática...” (Gabriela)

“Eu não me sentia preparada para vir para casa, mas tem que ser! Não podia ficar lá o resto da vida, não é?! Sentia-me muito insegura, receosa...” (Juliana)

Chegar a casa implica um constante vai e vem de pessoas, visitas que querem conhecer o novo membro da sua família e congratular os pais. Socialmente é o que se espera que se faça. Para a mulher, que regressa ao seu meio, parece haver o desejo de não terem o seu espaço invadido por pessoas que mais do que apoiar, acabam por perturbar uma rotina que ainda não está bem estabelecida. Neste momento toda a mãe deseja ficar sozinha com o seu filho que até mesmo ela não conhece e quer conhecê-lo, de forma a poder partilhá-lo, após este período tão delicado, com os demais: *“O pior foi gerir as visitas... tanta gente! Mesmo primos que só dizem olá e adeus tiveram de cá vir a casa escolhar¹⁴... parecia um rebanho!”* (Gabriela). Ainda a este propósito Hélia refere que se *“pudesse escolher não tinha recebido ninguém! Preferia primeiro descansar e depois então quem quisesse vir podia vir, porque eu não descansei. Só descansei para a noite.”*

Chegar a casa reveste-se por momentos de descoberta, acompanhados por instabilidade emocional, de dúvidas e aprendizagens e que estão diretamente relacionados com o facto de ir **prestando cuidados ao bebé**. Mesmo não sendo o primeiro filho, existe a necessidade de reaprender determinados aspetos e aprender outros que acontecem pela primeira vez, decorrente da unicidade e singularidade do bebé que se acabou de integrar no seio familiar. A verdade é que, independentemente das relações estabelecidas com os profissionais, no internamento há sempre alguém disponível para ajudar nos cuidados ao bebé, havendo sempre alguém a quem pedir ajuda de imediato. Porém, em casa, é

¹⁴ No léxico micalense escolhar pode ser entendido como bisbilhotar.

completamente diferente! Impera o medo e o receio de cuidar de um bebê tão pequeno e tão frágil. O banho é um drama! O vestir um pesadelo! O coto umbilical um terror!¹⁵ Existem alterações da rotina diária que têm de ser instituídos, mas também ao nível dos afetos, pois passa a existir mais um elemento na família

“Sentir, sentir eu não me sentia preparada para vir para casa, mas que fazer?! Tinha de vir para casa... há sempre aquela insegurança, aquele receio, aquele medo, “será que vou ser capaz?”” (Eva)

“E depois aquela coisa ali pendurada na barriga... metia-me tanta impressão só de pensar que tinha de a lavar.” (Fernanda)

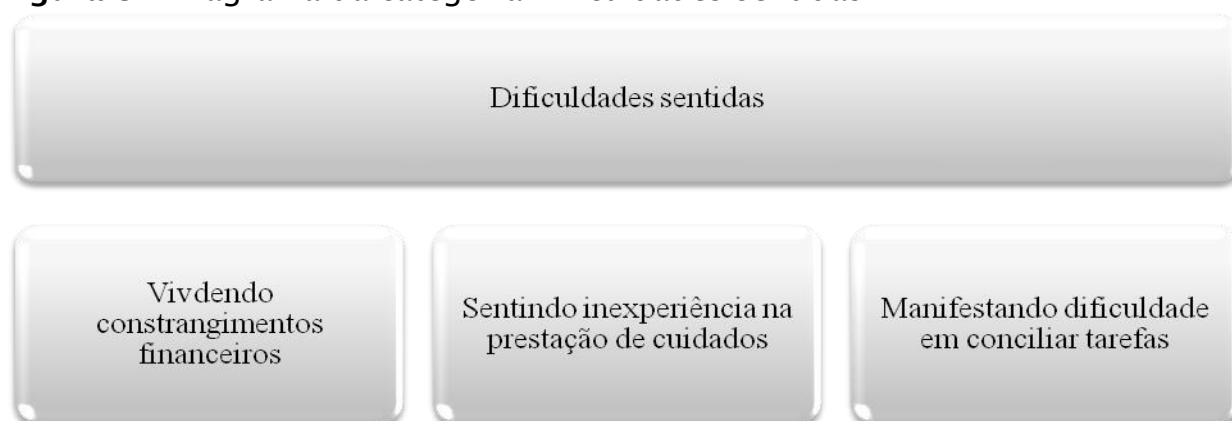
Os hábitos de sono são alterados e regulados pelos sinais e reações do filho, que pode necessitar de comer ou mudar a fralda. Necessitam de aprender a interpretar e a comunicar com o bebê, a perceber o seu choro e as suas necessidades, de forma a contribuírem, de forma adequada, para o desenvolvimento do bebê. Existe, também, um conjunto de decisões que caracterizam esse período e que exigem reflexões profundas, para as quais, muitas vezes as mulheres não se sentem capazes de o fazer.

A maternidade constitui um processo de aquisição e de transição do papel, iniciado ainda aquando da gravidez, que só termina quando a mãe desenvolve a sensação de conforto e de confiança no desempenho do seu novo papel e que envolvem duas componentes: o conhecimento e a aquisição de habilidades na prestação de cuidados ao recém-nascido e a segunda, a valorização e o conforto, que envolve o carinho e a consciencialização das necessidades, bem como dos desejos do recém-nascido. Assim se compreende que enquanto a mulher se sentir desconfortável na prestação de cuidados, dificilmente ela fará a sua transição para a maternidade. As DIFICULDADES SENTIDAS são fruto da novidade e do desnorteamento normais de quem foi mãe há pouco tempo (Figura 8). Esta é uma condição causal que leva a mulher a refletir sobre o seu futuro, desde que toma conhecimento sobre a sua gravidez.

¹⁵ Obimbo, E.; Musoke, R.N., & Were F. (1999). Knowledge, attitudes and practices of mothers and knowledge of health workers regarding care of the newborn umbilical cord. *East African Medical Journal*, 76 (8), 425-429

Fruto da profunda crise financeira em que Portugal se encontra mergulhado, não será de admirar que uma das causas que pode estar na base de muitos problemas familiares seja mesmo estar **vivendo constrangimentos financeiros** que se vive atualmente. Efetivamente, a condição económica é uma preocupação constante em todas as mulheres entrevistadas, que admitem tê-las acompanhado desde que descobriram estar grávidas.

Figura 8 – Diagrama da categoria Dificuldades sentidas



Efetivamente, o receio de se ser afetado pelo desemprego, a instabilidade financeira e o risco real de empobrecimento que se vive neste país, tem condicionado a decisão de se ter filhos, conduzindo aos seus efeitos perversos: a diminuição e o envelhecimento da população, sendo que a taxa de fecundidade, caiu de 1,4 filhos em 2008 (ano do início da atual crise económica) para 1,2 no ano de 2013¹⁶. Não admira, pois, que a gravidez se constitua como uma dificuldade sentida pelas entrevistadas, de tal modo que houve quem considerasse interromper voluntariamente a gravidez:

“Não foi planeada. Aconteceu... eu soube já tava de dois meses... senti e eu disse cá comigo que devia fazer um aborto. Mas eu estava feliz na mesma... Só fiquei preocupada nos princípios por causa da minha mãe, porque ela ia-me por para o caminho e não sabia como haveria de me sustentar” (Bruna)

“Eu não queria fazer. Era o meu marido que queria, que tava mais em cima de mim. Eu não sou contra quem o faz, porque cada um sabe com que linhas se coze, mas eu não queria (...) fez-me um mal, pela parte dele dizer que queria um aborto. Pus-me um bocadinho triste... por ele querer o aborto. Pronto eu

¹⁶ Recorde-se que o valor mínimo que garante a renovação das gerações é de 2,1 filhos.

compreendo pela situação que a gente está, financeiramente, eu compreendo (...)
(Iva)

A verdade é que a componente económico-social (especificamente, a existência de problemas financeiros e baixo rendimento) dominam as preocupações parentais no período de transição para a parentalidade. Dominam as preocupações com a creche, a alimentação, o vestuário, as consultas e as despesas que aparecem sem contar, que, em conjunto com a dimensão profissional (em especial, a possibilidade de desemprego), são as componentes onde homens e mulheres focalizam com maior intensidade a sua atenção, durante esta fase exigente de suas vidas:

“(...) no início eu senti-me um bocadinho assustada, já percebeste? Porque a gente já tinha dois pequenos. E depois para minha vida que é: o dia-a-dia é trabalho casa e depois implica saber quem é que fica com ele, coisas assim, não é? (...) É mais por causa do trabalho, sabes como é, as coisas não estão fáceis de trabalho, não é? E então... Eu fiquei um bocadinho assustada.” (Iva)

“Quando soube que estava grávida deu-me vontade de chorar. Não que eu não quisesse ter, não ainda, como a minha primeira era novinha, mas também por causa da minha situação familiar. Porque eu moro num espaço pequeno e depois nem todos estão a trabalhar. Aliás ninguém está trabalhando. Não é por opção, mas só que estão desempregados, porque não há serviço e as coisas estão complicadas.” (Juliana)

“Quando eu soube que tava grávida chorei muito porque não queria estar grávida, por causa da minha situação de vida. O meu marido estava com pouco trabalho e durante a gravidez ele esteve em casa durante bastante tempo” (Nina)

Enquanto Iva se preocupou com esta questão mais no início da gravidez, procurando reajustar a sua vida em função da chegada de mais um elemento para o seio familiar, para Nina e para Juliana a situação foi diferente. Ainda que o marido de Nina se mantivesse com pouco trabalho, o pouco que ganhava, somado ao que ela ganhava, era suficiente para sustentar a família e, com alguma reorganização foi possível receber o mais novo membro da família *“Sempre dá! Faz-se uma ginástica maior, tira-se daqui e mete-se ali e sempre dá. Pelo menos o meu marido vai sempre fazendo uns biscates e eu tenho o meu ordenado garantido...”* (Nina). Já para Juliana a situação era bem mais complicada. A viver em um agregado familiar composto por nove pessoas (os sogros, a cunhada com o seu marido e filhos, a Juliana, o marido e a filha) sem que tivessem

qualquer fonte de rendimentos, Juliana admite, emocionada, que sentiu *“(...) que devia deixar de comer. Para não me lavarem a cara eu parei de comer, lavavam-me muito a cara (chora)... em vez de comer várias vezes, comia uma vez só ao deitar. Passava o resto do dia com água, com uma bolacha ou outra.”* (Juliana). Assim se percebe que os constrangimentos financeiros vivenciados, ainda que de forma distinta, tenham um peso grande, como fator causal para a problemática em estudo.

Sentindo a inexperiência na prestação de cuidados pode ser um fator desencadeador de *stress*, ansiedade e nervosismo no puerpério. Como já referido anteriormente, a alta precoce pode levar a que ocorra *deficit* na assistência à mãe e ao filho no puerpério imediato, principalmente se as puérperas evoluírem para episódios patológicos como: infecções puerperais, fissuras, mastites, desmame precoce, gestações precoces, entre outros¹⁷. Sendo o puerpério a fase de transição para o papel materno, em que ocorre a confrontação com o real, é normal que as mulheres o vivenciem como uma experiência marcada por profundas mudanças emocionais, promotoras da desordem e de desequilíbrio, não só porque vêm-se a braços com a novidade dos cuidados que têm de ter com os seus filhos, mas também com elas próprias, demonstrando, alguns, ser verdadeiros desafios de tolerância, paciência e autodomínio, como são o caso da amamentação e dos cuidados ao recém-nascido, em que o insucesso pode ser uma determinante para que se sintam incapazes e frustradas, como é o caso de Eva que admite que

“O pior mesmo foi lidar com a ansiedade do meu marido e, a partir de determinado ponto, com a minha ansiedade e frustração por não conseguir amamentar como eu sempre quis... eu desejava muito amamentar e queria muito ser capaz de fazê-lo até ao primeiro ano de vida da minha filha, mas a verdade é que não fui capaz e isso dá-me uma sensação de impotência e de incapacidade enorme e tremenda... Sinto que falhei como mãe e como mulher e tenho vergonha disso. Mas a vida não me permitiu!” (Eva)

Na mesma medida, também Nina corrobora o afirmado pela participante Eva, verificando-se no seu testemunho um cansaço e desgaste extremos

¹⁷ Rugolo LMSS, Bottino J, Scudeler SRM, Bentlin MR, Trindade CEP, Perosa GB et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. Rev Bras Saude Matern Infant. 2004; 4(4):423-33.

que interfere de forma decisiva com a sua vida enquanto mãe e mulher, referindo que

“A vida da mulher é uma vida chata e sujeita. Temos de ser capazes de dar resposta a tudo e todos: aos filhos, aos maridos, aos pais, aos sogros, à casa, às vizinhas... a tudo! Temos obrigação para com todos, ninguém tem para a gente! Depois admiram-se que fiquemos cansadas e desgastadas.” (Nina).

Manifestando a dificuldade em conciliar tarefas, pode também ser ilustrado por este excerto. Habitadas a serem supermulheres, capazes de dar resposta aos afazeres domésticos, em simultâneo com as responsabilidades laborais, muitas mulheres não têm a noção de que esta irá ser uma dificuldade, a não ser quando se deparam com a realidade, como refere Juliana *“Mas é muito complicado! Eu não consigo fazer tudo como eu queria... tenho a outra pequena e tenho que ajudar na casa. Às vezes ficam coisas para trás para fazer, mas depois o meu sogro briga comigo...”*

O acréscimo da responsabilidade de um filho que depende basicamente dos seus cuidados deixa, invariavelmente, a mulher sobrecarregada, tornando as tarefas domésticas muito mais complexas, mesmo porque o seu ciclo circadiano está alterado. Para além de noites de vigília, associa-se a nova e constante tarefa materna, de cuidar constantemente de um ser que depende quase exclusivamente de si, seja para amamentar, mudar fraldas, trocar roupas, preparar a comida adequada. As rotinas são alteradas, o foco de atenção é mudado, os dias parecem não ter horas suficientes, mas, ao que parece uma coisa não se altera: a expectativa que a própria mulher tem de si e das suas capacidades. Efetivamente, como refere Dina *“achava que tinha de ser capaz de fazer tudo sozinha! Limpar a casa, lavar, estender, correr a roupa¹⁸, fazer a comida, limpar a casa... o pequeno era só mais uma tarefa. Mal sabia eu que era a que mais me ocuparia...”*.

De resto, as mulheres reconhecem que este é um período gerador de ansiedade e medo, pela incerteza gerada pela sua (in)capacidade de conseguir conciliar todas as tarefas que terá a seu cargo *“senti, com muito*

¹⁸ No léxico micalense escolhar pode ser entendido como engomar.

medo, que não estivesse à altura, (...), aquela bebê sozinha, e como haveria de ser e será que vou dar conta do recado, era mais a contar comigo” (Gabriela). Por outro lado, os sentimentos de frustração revelam-se quando se apercebem que, afinal, a sua adaptação à maternidade não acontece como esperavam, reconhecendo que precisam de assumir comportamentos e habilidades para enfrentar as mudanças e o desequilíbrio desta nova etapa, visto que as exigências de cuidado com o bebê são grandes e, para além disso, existem os afazeres domésticos e demais ações que precisam ser revistas e reajustadas “Sinto-me por vezes muito infeliz, porque queria estar fisicamente e psicologicamente 100% bem para ser capaz de fazer tudo: não estar dependente; Não pedir ajuda ao meu marido ou à minha irmã para me ajudarem nesse processo. Eu queria sentir-me tão bem que eu... fizesse tudo com uma perna às costas, como se costuma a dizer, mas não é assim...” (Gabriela).

Poderemos afirmar, em jeito de conclusão, que **Reconhecendo um Período de Incógnita e Ansiedade** representa um período de descoberta vivenciada pelas mães acerca do desempenho da parentalidade, ao serem inevitavelmente confrontadas com alterações e perdas que perturbam a sua vida e as surpreendem. Seja com a descoberta de que estão grávidas, ou pela aceitação da gravidez, pela sua vivência, pelo nascimento do bebê ou pelo puerpério, existe um ponto de viragem de um estado conhecido para outro incógnito, que pode ser compreendido como o início da trajetória do processo de se tornar mãe, podendo ser definido como o período em que a mulher ainda não integrou as mudanças vividas, não conseguindo, ter a noção de como as irá operacionalizar.

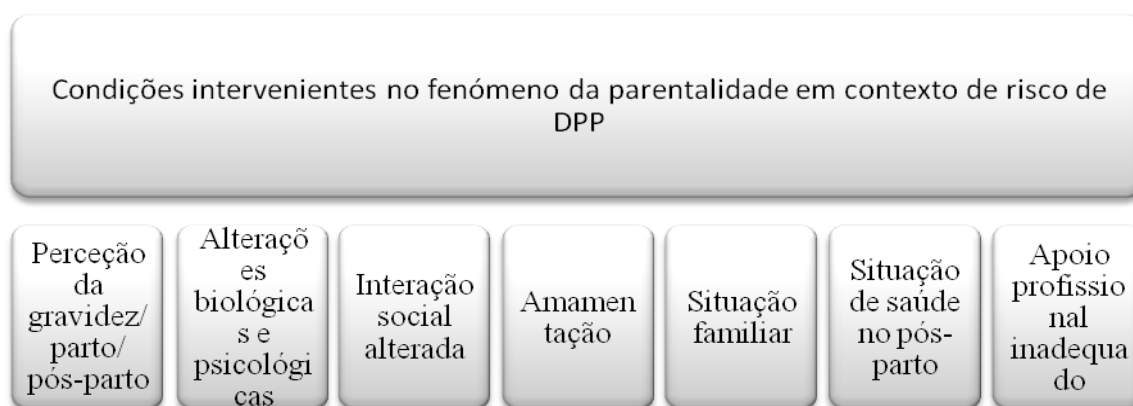
4.2 – Condições intervenientes no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP

Como condições intervenientes e tal como referem Strauss e Corbin (1998), entendem-se o conjunto de fatores que afetam a ocorrência do fenómeno, neste caso, os que intervêm na resposta da mulher, ou seja, o

facto de esta reagir de forma mais ou menos positiva à chegada de um filho.

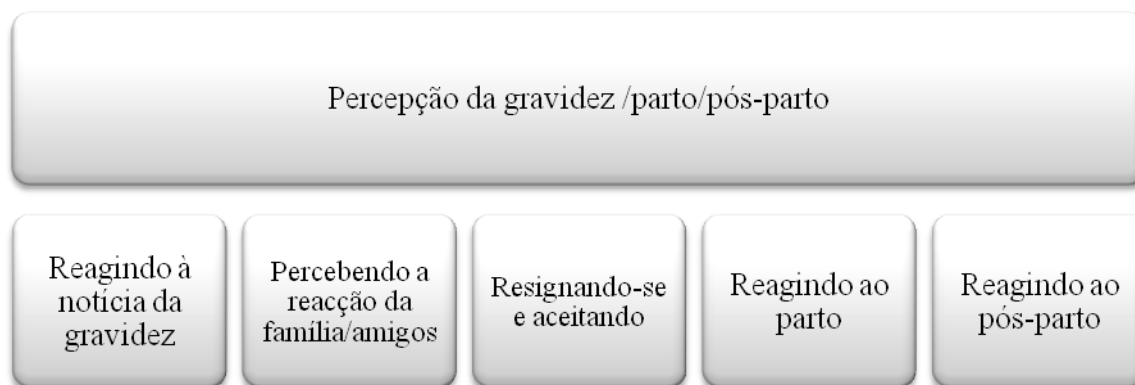
Ser-se mãe, por mais que possa ser um desejo da mulher ou até um sonho, não deixa de ser uma mudança que pode gerar sentimentos de inquietação, caracterizada por um conjunto de transformações que marcam não só a vida prática das mulheres, como a sua própria identidade e que se encontram plasmadas nas **Condições intervenientes no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP** (figura 9).

Figura 9 – Diagrama do constructo Condições intervenientes no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP



A PERCEPÇÃO DA GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO (Figura 10) que a mulher possa ter, pode influir na forma como ela a vivencia, bem como na forma como ela prepara a chegada do seu filho, exigindo, por parte da mulher, uma redefinição de crenças, valores, atitudes e novas formas de organização.

Figura 10 – Diagrama da categoria Percepção da gravidez/parto/pós-parto



Reagindo à notícia da gravidez, é uma subcategoria que surge integrada nesta categoria.

Efetivamente, o ciclo gravídico-puerperal caracteriza-se por ser um período rico em emoções, muitas vezes contraditórias e que vão contra às expectativas das próprias mulheres. Embora confessem no puerpério que o nascimento do filho represente uma bênção e esperança no futuro, a reação à notícia da gravidez é, talvez, uma surpresa para a mulher e que congrega várias reações negativas. Embora nem todas se tenham sentido tristes por engravidar, havendo diferenças nos níveis de aceitação, o medo do que será o futuro, é efetivamente um sentimento comum

“Mas nessa altura eu já estava com medo. Tinha medo do futuro. Ainda tenho mais medo porque não tenho apoio nenhum. Nem nunca tive e na gravidez precisei muito...” (Lara)

“Não tenho esperança no futuro. E não sou capaz de ver o meu futuro. É viver o dia-a-dia. Sem apoio de ninguém, o que é de esperar?” (Dina)

“Tenho menos esperança no futuro, porque tá tudo igual. Não mudou. A gente pensa que um filho muda tudo, mas não muda nada. Piora, tudo fica mais embrulhado e exige que a gente modifique muita coisa na vida e pense em coisas importantes.” (Iva)

“É o medo do futuro. Isso é que dá cabo de mim, como será daqui uns anos... pior do que isso! Como será o amanhã? E se eu ficar doente o que será deles? Da minha família...” (Nina)

“Cansada, triste, desanimada, frustrada, sem grandes perspetivas de futuro melhor... sinto-me a adoecer e sem capacidade para reagir. Tem sido muito extenuante.” (Juliana)

Como se pôde constatar anteriormente, as mulheres evidenciam maior preocupação quanto mais precários são os seus empregos e os dos seus

companheiros, bem como na falta de apoio social durante a gravidez, quando o companheiro está mais ausente do lar. Por outro lado, a presença de sintomas depressivos, a iminência de risco psicossocial associado a apoio familiar insuficiente e a conflitos com a mãe, são também fatores que despertam nas mulheres preocupação

“Mas isso foi sempre uma preocupação durante a gravidez: porque mais um filho é mais uma boca para comer. E a gente tem que ter para dar.” (Cláudia)

“Cheguei a casa, muito cansada, meti as coisas do miúdo, deitei o miúdo na alcofa, preparei o biberão de leite para o miúdo, depois mal dei, minha mãe começou logo com recados “vai para o caminho, vai para o caminho...” Ela queria que eu fosse mesmo para o caminho com o bebé... ainda não tava a morar com o meu companheiro nessa altura. Ele dormia na sua casa e eu na minha.” (Octávia)

“(...) é complicado, às vezes eu tenho medo de ficar pior porque eu tive uma depressão nervosa logo após ter tido a do meio” (Hélia)

“A depressão, é assim já vem de muitos anos derivado ao meu casamento que nunca foi um casamento feliz. Ele era alcoólico e é alcoólico e pronto, ele sempre foi um marido muito ausente e não ajudou nunca a nada” (Eva)

Desconhecer o que lhes aguarda, parece ter influência no modo como percecionam a gravidez e o facto de virem a ser mães. Os sentimentos, passada a surpresa, podem ser confusos e contraditórios, um misto de alegria, frustração, mantendo-se a incerteza quanto ao futuro, podendo oscilar entre felicidade de um lado e pavor do outro,

“Não sei explicar! Era um misto de felicidade e de tristeza... eu queria muito esse bebé, mas ao mesmo tempo tinha medo... Muito medo! Também acho que é pelo facto da situação do país e dos empregos: hoje temos amanhã... quem sabe!?” (Maura)

“Eu senti um pavor muito grande! Quase sem chão... não era por nada mas na minha situação... eu só pensei: e se para o ano eu vou dar aulas para outra ilha?!” (Juliana)

Todavia, mesmo aquelas que se mantiveram a não aceitar bem a gravidez, perante a confrontação com o bebé aquando da realização da ecografia obstétrica ou com o sentir do bebé a mexer, acabaram por aceitar a gravidez, começando inclusive a preparar a chegada do bebé no seio familiar.

“Enquanto eu não fiz a minha primeira ecografia para confirmar que eu tava grávida, levei sempre num choro. Depois de eu ver o bebé pela 1ª vez eu comecei lentamente a ficar capacitada de que ia ter mais um filho... já para o fim da gravidez já eu tava habituada à ideia.” (Iva)

“Quando a enfermeira disse que eu estava grávida, eu não acreditei logo e fui à farmácia comprar mais dois testes para fazer e ter a certeza que estava (...) Deu sempre positivo e aí ainda fiquei com dúvidas e decidi marcar consulta (...) mesmo com a ecografia não acreditava muito... só acreditei mesmo quando senti ele...”
(Maura)

Evidentemente que a aceitação da gravidez é tanto mais facilitada conforme o apoio que a mulher disponha da sua rede de amigos e família. A **reação da família/amigos** é determinante para que a mulher inverta a percepção que tem das mudanças que lhe estão a acontecer. Efetivamente, do conjunto de pessoas que constitui esta rede, é dos companheiros e das suas mães que a mulher procura maior apoio. São eles quem são determinantes para que a mulher acabe por aceitar a gravidez, a vinda de um filho, as alterações corporais/emocionais e psicológicas que assiste ao longo deste processo, como refere Iva *“Tive muito apoio da minha mãe e da minha sogra... e do meu marido também. Eles é que me ajudaram muito a ultrapassar essa fase... parecendo que não é difícil: é outra vez o corpo que muda, já se tem duas... é muita coisa.”*

Também a restante rede de amigos/familiares é importante, porque parecem corroborar o apoio dado por quem é mais próximo à mulher, configurando-se como indispensável para que vivencie esta fase com algum bem-estar interior *“A minha filha ajudou-me muito e uma vizinha já velhinha daqui da porta, também me ajudou, foi mais do que uma mãe!”* (Nina).

Ainda assim, os relatos das mulheres evidenciam surpresa, reconhecimento da dificuldade da sua existência e, mais tarde, vão **resignando e aceitando**, incluindo a carga envolvida

“(...) e comecei a chorar... só conseguia pensar que partida que o destino me pregou... Deus me enviou este filho por algum motivo... vou ter que me acostumar. E pronto depois foi, foi, foi... e acabei por me resignar e aceitar graças ao meu marido.” (Hélia).

Os relatos revelaram que a maternidade é percebida como um acontecimento inesperado, assumido com resignação e angústia, o que provoca desorganização interior, rutura de vínculos e quadros de depressão, mas é o apoio oferecido que conduz inevitavelmente à resignação e aceitação da gravidez, reformulando-se o projeto de futuro,

ainda que se viva o presente com alguma incerteza, “(...) *depois, que remédio? Fui aceitando e dizendo pronto! Uma criança é uma coisa boa! Antes mais um do que menos um...*” (Fernanda).

Como já foi referido anteriormente, o parto parece ser um fator que pode causar na mulher sentimentos contraditórios, em função da expectativa que tinham sobre ele. A forma como vai **reagindo ao parto** pode contribuir para que se desenvolvam sentimentos depressivos. Com efeito, a mulher cria, ao longo da sua gravidez e até antes, um desejo lícito sobre o que deseja ser o seu parto, no que se refere ao tipo, ao apoio que pretende quer da rede formal de profissionais quer da pessoa que escolhe para a acompanhar, bem como sobre o momento de nascimento. Essa estruturação do pensamento parece ser um mecanismo de defesa sobre aquilo que de mais ameaçador existe para a integridade física da mulher. Quando o real difere do imaginado, manifestam-se sentimentos de insegurança, de receio, de medo do desconhecido e até de pânico. Desde salas cheias de profissionais, até ao bem-estar fetal comprometido, todos os pormenores contam na hora de se estar a ter um filho, porque, ademais, tudo pode ser interpretado pela mulher como havendo algum problema

“(...) as coisas estavam a correr menos bem e para mim, que não percebo nada de saúde, a mínima coisa pode significar algo muito sério.” (Dina)

“Quando o bebé veio para casa, na noite que chegou ele deu uns espirros, foi logo uma coisa... não dormi a noite a vigiar, a pensar que ele tinha apanhado uma constipação e que ia ficar com uma pneumonia... Se ele chorava era porque tava mal, se dormia era porque tava mal! Era preso por ter cão e preso por não ter (...)” (Nina)

O pós-parto reveste-se de um período de vulnerabilidade considerável. O modo como vão **Reagindo ao pós-parto** caracteriza-se por um processo de adaptação, que pode incluir dificuldades psicológicas e desconfortos físicos. Estas reações físicas e emocionais do pós-parto podem prolongar-se por algum tempo, sendo natural que nesta fase a mulher se descuide um pouco com a aparência, principalmente com o corpo que, mais do que nunca, é merecedor de toda a sua atenção, pois acabou de passar por uma difícil prova de resistência. Vencer o cansaço é imperativo, para que possa dedicar alguns momentos a si, ao seu bem-estar e ao bebé. É nesta fase

que a mulher começa a sentir sintomas de mal-estar: humor depressivo, tristeza, sensação de vazio, desmotivação para as atividades diárias, falta de apetite, cansaço, instabilidade emocional, sensação de incapacidade em lidar com o bebé, baixa autoestima, e até mesmo ideias suicidas

“Tava sempre muito alegre, mesmo alegre, gostava de ir para festas, gostava de rir e brincar, aceitava bem as minhas brincadeiras, eu nunca mais fui aquela pessoa, sinto-me... eu reservei-me muito... é comigo e comigo mesma... já não dou aquele valor ao divertimento como dava (...) Ainda hoje sinto-me diferente, já não sou alegre como era antes... Sinto como um vazio!” (Aurora)

“Estava tão farta da minha vida e queria acabar com aquele sofrimento e queria-me matar... mas depois pensava no miúdo e acabava por desistir... sentia-me cansada, sem fome, sem vontade para nada!” (Lara)

“Eu sinto-me sem rumo... como um barco sem remos que vai encalhar e não sabe como...É como se eu não valesse nada. E eu sinto que a resolução não está nas minhas mãos...” (Juliana)

“Eu não estou acostumada com muita gente. O fim de semana para mim é péssimo, é péssimo, porque eu tenho toda a gente em casa. E é complicado! É tanto que eu só olho ao bebé e nem ligo aos outros nem a mais nada ainda assim, tenho sempre muitas dúvidas! Será que sou boa mãe?” (Fernanda)

Volta a ser referido pelas participantes o facto de terem sido assoladas por pensamentos relacionados com a gravidez desejada ou não (casal), expectativas da mãe face ao bebé (quanto mais realistas melhor prognóstico), conflitos no casal ou problemas de comunicação e conflitos familiares.

Estas reações pós-parto aparecem com um largo espectro de apresentação, que vai desde a irritabilidade, ao choro frequente, a sentimentos de desamparo e desesperança, à falta de energia e motivação, passando pelo desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade, sentimentos de incapacidade de lidar com novas solicitações

“Durante muito tempo, não tive vontade de nada nem forças para nada... mas é mesmo nada! Nem de comer, mal dormia, sempre naquela ansiedade, naquela ansiedade...nem queria saber do meu namorado me tocar!” (Bruna)

“Andava sempre irritada, chorava por tudo e por nada, sem esperança no futuro! Ainda por cima o meu marido nunca tava em casa e quando tava era para discutirmos por causa da mãe dele...” (Hélia)

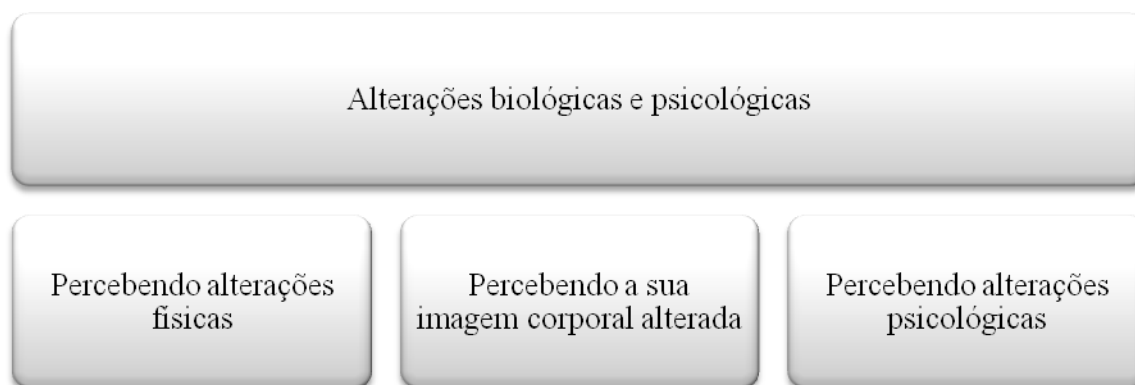
Ao encarnarem a personagem de mãe, parece que a mulher acaba por perder a sua individualidade, de forma a unir-se ao bebé, não concebendo a sua existência sem aquele filho *“Para mim é... a melhor alegria que pode*

haver no nascimento de um filho é sofrer por amor, mas é tê-lo até ao fim. É uma parte de nós!".

Esta alteração de individualidade, esta incapacidade de se conceptualizar sem o bebé, só demonstra as alterações psicológicas, pelas quais a mulher passa. Aliás, as alterações vividas são inúmeras e prendem-se, para além das de foro psicológico, com as de foro biológico (Figura 11) e que constituem a categoria ALTERAÇÕES BIOLÓGICAS E PSICOLÓGICAS. Nesta experiência da maternidade, em que se caminha para o estabelecimento da parentalidade, as alterações que experimentam são necessárias até mesmo como forma de lidarem com a alteração de papéis que acontece.

No período que decorre entre a gestação e o puerpério, muitas são as mudanças que a mulher assiste. Desde as somáticas, passando pelas sociais, biológicas e psicológicas, parece que são as duas últimas que mais influenciam a dinâmica psíquica individual da mulher neste período, sendo que a maneira como ela vive estas mudanças repercute-se intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebé.

Figura 11 – Diagrama da categoria Alterações biológicas e psicológicas



As mulheres vão **percebendo alterações físicas** do seu corpo no ciclo gravídico-puerperal e que são inúmeras. De igual modo, vão **percebendo a sua imagem corporal alterada**. As mulheres admitem que, ao longo da gravidez, o aspeto que mais influi o seu estado de humor foi o aumento de peso, caracterizado como *engordar*. Na verdade, o receio de ganhar peso de forma excessiva parece ser uma preocupação das mulheres, que justificam não só pela questão da autoimagem, mas também pela questão

da saúde, pelo risco que representa para o desenvolvimento de complicações

“O meu medo maior era engordar, engordar, engordar sem parar! Não sei como é que eu ia conseguir ver-me ao espelho, por isso tinha cuidado no que comia!” (Bruna)

“Tinha receio, tinha... já viu o risco que é na minha idade engordar muito? Podia levantar-me a tensão ou dar diabetes... não é brincadeira!” (Eva)

No que se refere aos desconfortos e outras alterações corporais vividas na gravidez, a maioria das mulheres admite serem aspetos que não lhes preocupava muito, até porque foram sendo graduais e sabiam que eram limitados no tempo *“Não foram problema... sabia que as náuseas, as câibras iam passar. Nem que fosse quando terminasse a gravidez... Dar tempo ao tempo. Não é?”* indagou Octávia, à procura da aprovação para a sua questão.

De acordo com os testemunhos das participantes, o terceiro trimestre da gravidez foi o pior devido às limitações que sentiam *“Eu não conseguia andar e isso eu não aceitei muito bem... isso e o não ter posição para dormir”* (Cláudia).

Por outro lado, a satisfação diante das transformações que ocorreram é também uma realidade, de tal modo que as colocavam em evidência

“Recordo-me perfeitamente logo no início da gravidez por altura da Festa do Senhor Santo Cristo, eu fui ver a procissão. Vesti um vestido daqueles à mamã, disse ao meu namorado para estacionar o carro bem longe e fomos a pé ainda um bom caminho de barriga espetada para fora, para mostrar que estava grávida, o mais engraçado é que não tinha barriga nenhuma.” (Bruna).

Já no parto e pós-parto a situação foi distinta. Com a expectativa de um parto, eutócico, Gabriela não consegue lidar com a cicatriz da cesariana *“Não lidei bem, não lidei bem! E ainda não lido... com essa cicatriz... nem gosto de olhar para ela!”*. Nina também não aceita bem a cesariana quando lhe sugerida, porque *“Já era mãe de três, tudo por parto normal e só tinha levado dois ou três pontos no primeiro e depois ficar com uma cicatriz na barriga?! Fez-me um mal... agora pronto, mas na altura... fez-me um mal!”*

Ainda assim, nenhum período parece perturbar tanto as mulheres como o do puerpério. Por um lado, a recuperação não é tão rápida como

desejariam e, por outro, dá-se o confronto com alterações que antes não eram observadas e que serão definitivas, nomeadamente: as estrias, as hemorroidas, as varizes em especial as vulvares

“Foi uma coisa impressionante... não tinha a noção porque são mais por baixo do umbigo (estrias) e eu não as via por causa do tamanho da barriga.”

“Uma coisa por demais! É um mistério¹⁹ que tá aqui feito... até ainda tenho medo de obrar²⁰” (Octávia)

“ E depois arrebitou-me toda, foi nas pernas, foi na vagina... mas as piores foram lá!” (Juliana)

A recuperação de peso também influenciou as mulheres no puerpério. Por levar mais tempo do que julgavam a recuperar o peso pré-gravídico, acabam por aceitar uma nova realidade, integrando a possibilidade de não perderem todos os quilos adquiridos aquando da gravidez, justificando que ser-se mãe *“Tem dessas coisas. Como diz a minha mãe: quem dois gostos quer ter, um deles haverá de perder! No meu caso eu não perdi o peso, mas tenho a coisa mais linda do meu filho...”* (Hélia).

Percebendo Alterações psicológicas, diz respeito aos relatos sobre mudanças psicológicas ocorridas na mulher e que se prolonga desde o período gestacional até ao puerpério, com vista à mulher se assumir como mãe. De um modo geral, as mulheres referiram que durante este ciclo, houve períodos em que se sentiram menos bem em termos psíquicos. Embora não de forma linear, houve quem não aceitasse a gravidez de imediato, tendo sido até um choque a descoberta da gravidez

“Quando eu soube que estava grávida, chorei muito porque não queria estar grávida, por causa da minha situação de vida.” (Cláudia)

“O mais novo tem 17 e a mais velha 18 anos... e agora veio o pequenino. E eu reagi muito mal” (Hélia)

“Chorei no princípio, mas depois quando vi que tava tudo bem, já fiquei mais conformada, fiquei mais contente. Isso tudo porque não era dos meus planos ainda ter essa gravidez, mais a mais como a vida como estava...” (Fernanda)

Com o evoluir da gravidez, embora já se sentissem mais felizes e conformadas, sentiam-se, por outro lado *“mais frágil. Eu já sou sensível,*

¹⁹ No léxico micalense e no contexto que é utilizado, *é um mistério* diz-se a propósito de algo exageradamente grande ou fora do comum.

²⁰ No léxico micalense *obrar* significa dejetar.

mas agora, grávida, eu fiquei bem mais” (Fernanda). Essa situação é de tal ponto verdade que a ambivalência volta a manifestar-se: por um lado sentem-se satisfeitas *“tenho uma sensação de tranquilidade, mais calma, mais compreensiva com as pessoas”*(Bruna), mas por outro com um sentimento de inadequação por *“ficar mais chorona... choro com mais facilidade”* (Bruna). Justificam muitos destes sentimentos contraditórios com as flutuações hormonais existentes na gravidez, entendendo que eram inerentes à condição e esperadas nesse período *“Durante a gravidez tudo nos irrita: as pessoas, as situações até a tartaruga que está quieta no aquário nos irrita (risos). Mas é verdade... mas, pronto, são as hormonas! Não é assim? São as hormonas...”* (Iva).

No puerpério, a mulher passa por diferentes mudanças, que interferem com o seu mundo intrapsíquico. Altera-se significativamente a visão que ela tem de si mesma e da sua relação com o mundo: assumem que já não são as mesmas, que agora a sua função no mundo mudou, assistindo-se à integração de um novo papel e uma reformulação do *self* *“(...) agora sou outra. Sinto-me diferente... sinto-me mais... mais completa como mulher, mais maternal!”* (Juliana). Agora ela é mãe, à procura de se reorganizar interiormente, uma vez que já não se vê mais como única e sim, com um bebé *“(...) não consigo já imaginar-me sem ele. Acho que a partir de determinado ponto a vida só faz sentido porque ele existe... é assim que me sinto...”* (Lara).

Saliente-se que existe um fenómeno que é comum desde que a mulher aceita a gravidez até ao puerpério e que se caracteriza pela consciencialização da mulher e a sua autodenominação como mãe. Efetivamente tal não ocorre apenas no puerpério. Já antes na gravidez, a mulher denomina-se por mãe, chamando o feto de bebé não se considerando uma futura mãe, mas antes de mãe. Todas as transformações que acontecem na vida da mulher fazem-se necessárias na constituição do espaço psíquico do bebé, e mesmo que muitas delas sejam temporárias e não estejam ainda bem-estruturadas, já denotam a importância que têm para a constituição da maternidade

“(...) eu nem sei quando é que comecei a aceitar que estava grávida. Acho que quando dei por mim, pronto! Já estava. Já tinha aceite que ia ser mãe e falava com ele na minha barriga e ele ouvia, porque ele dava pontapés...” (Dina).

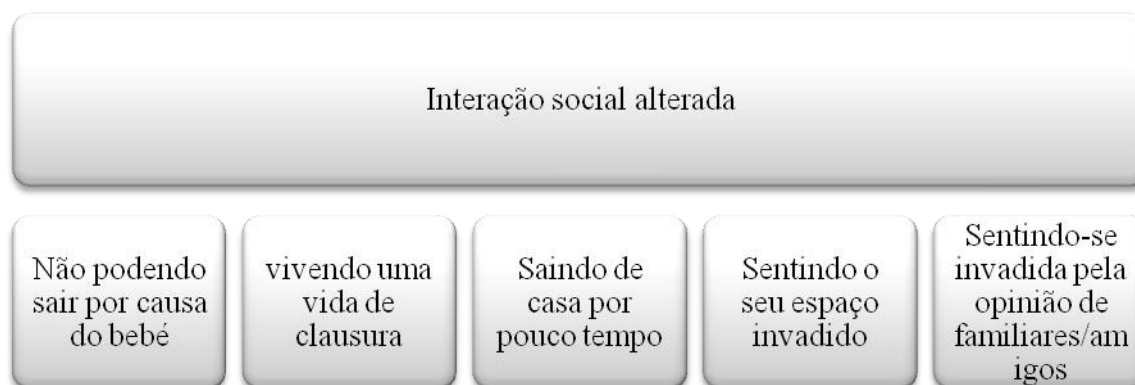
“Foi uma emoção muito grande quando a vi nascer... só chorava! Só chorava porque... finalmente ia conhecer o meu bebé!” (Juliana).

“Eu já me sentia mãe muito antes! Ainda na gravidez eu me sentia mãe e é estranho porque é o meu primeiro filho, mas foi assim que me senti.” (Maura).

Saliente-se que as piores repercussões psíquicas acontecem depois do término da gravidez. Assim, serão abordadas separadamente no próximo capítulo.

Todavia, não são só as alterações biológicas e psicológicas que a mulher vive ao longo de todo este processo. Também, em especial no puerpério, a mulher sente a sua **INTERAÇÃO SOCIAL ALTERADA** (Figura 12).

Figura 12 - Diagrama da categoria Interação social alterada



Uma vez que os bebés recém-nascidos exigem maior cuidado por parte dos pais, por serem propícios a adoecerem e a necessitarem de mais atenção, as mulheres acabam por ver a sua vida social alterada. **Não podendo sair por causa do bebé**, a mulher fica restringida a um ambiente que tende ser envolto pelos cuidados ao novo membro da família e cuja atenção primordial é-lhe dedicada. Inserido num ambiente reestruturado por ela e pela família, acaba por se ver limitada devido à vulnerabilidade e às necessidades do bebé. As mulheres encaram este isolamento social gerado, como uma exigência da maternidade e não como um comportamento voluntário

“(...) por mim eu saía, mas não posso! Não tenho com quem deixar o pequeno... e depois também não posso levá-lo... ainda apanha frio!” (Iva)

“Só saí para pesar a bebé e pouco mais... depois ela pode precisar de mamar e eu tenho vergonha de dar por aí. Fico em casa e quando ele quer eu amamento.” (Juliana)

“Eu até podia deixar com a minha irmã, mas eu tenho receio! Prefiro que ele fique comigo que sou sua mãe! A gente tem tempo de sair quando ele não for tão tenrinho!” (Lara)

Esta condição que vivem desperta nas mulheres um sentimento de que estão **vivendo uma vida de clausura**, confinadas ao mesmo espaço, dedicada às mesmas rotinas e cuidados, comparando-se à vida monástica de isolamento e retiro

“O isolamento é muito grande. Eu sinto como se fosse uma freirinha: fechada e isolada.” (Eva)

“É complicado em especial para quem é ativa como eu, sempre de um lado para o outro, de um lado para o outro. Ver-me fechada em casa, é como estar fechada em um convento...” (Maura)

“É uma vida de clausura... é como as carmelitas das Calhetas²¹. A única diferença é que posso pelo menos falar com quem está em casa!” (Dina)

Saindo de casa por pouco tempo, são sempre situações raras e relacionam-se, geralmente, com as visitas ao centro de saúde, para controle do peso do bebé, consultas de saúde infantil de enfermagem e médicas, verbalizando que *“é uma altura que eu espero sempre para arejar”* (Iva). Esporadicamente saem sem o filho, no entanto são sempre acontecimentos que as deixam inquietas, preocupadas e ansiosas para chegarem a casa, pelo que a sua demora é sempre limitada no tempo, retornando o mais rápido possível para junto do filho

“Fui no outro dia comprar umas coisas ao híper, que faziam falta cá em casa e deixei o pequeno com a minha mãe... Que aflição! Tava doida para voltar para casa... nem comprei metade do que precisava, porque só pensava nele...” (Hélia)

“O meu namorado queria que eu voltasse para a escola, mas eu não... eu não! Para o ano sim, mas agora não... eu fui à médica fazer a revisão do parto e ele ficou com a minha sogra, eu tava sempre agoniada. Ainda é cedo.” (Bruna).

Em determinada fase e nas primeiras semanas, as mulheres admitem sentir o **seu espaço invadido**, associando esta situação à presença do

²¹Referência a um Carmelo, onde reside uma comunidade feminina, sita à freguesia de Calhetas, concelho da Ribeira Grande.

bebé e das visitas *“No primeiro mês, todos os dias eu tive gente aqui em casa, todos os santíssimos dias. Se não era gente tava sempre com o bebé a tratar dele”* (Fernanda). A invasão associada ao bebé está mais relacionada com o seu espaço íntimo, uma vez que referem sentir-se de tal forma assoberbadas pelos cuidados ao bebé que se sentem invadidas emocionalmente por eles e pelos cuidados que lhes prestam, não estando disponíveis mentalmente e emocionalmente para mais nenhuma tarefa

“É uma canseira muito grande! Ainda por cima já não é o meu primeiro... já estou cansada! Isso é bom é para rapariguinhas novas. Não tinha tempo para nada, nem para pensar em mim...” (Nina).

“Não sei se é por ser o meu primeiro filho, mas não me conseguia organizar, só fazia era cuidar dele... nem de mim, nem na casa eu fazia alguma coisa.” (Dina)

Este sentimento, segundo as mulheres, é o que faz com que estabeleçam uma relação mais forte com os filhos, mas admitem que numa fase inicial não foi fácil gerir esta situação *“eu acho que foi importante para me sentir ligada a ele, mas não foi fácil! Até porque eu sentia-me inútil”* (Fernanda). Com o passar do tempo, no evoluir do puerpério, este sentimento vai sendo esbatido, demonstrando organização mental e conseguindo conciliar a tarefa cuidativa, com as restantes tarefas

“Por volta das 8 semanas senti que já conseguia dar atenção à casa. Comecei a cozinhar, a lavar roupa... pronto devagarinho, mas já foi diferente.” (Juliana)

“Eu não me senti diferente, mas o meu marido é que me disse “tás diferente. Tás melhor!” e eu disse-lhe “eu não tava doente, fui foi mãe e é complicado!” Até zanguei-me com ele, porque ele disse que antes eu tava chata (risos), mas é verdade que estava!” (Iva)

Relativamente às visitas, queixam-se do seu espaço de conforto, a sua casa, estar a ser constantemente visitado por pessoas. Se, por um lado, agrada-lhes a visita de quem é próximo, como familiares ou amigos chegados, por outro, referem que se torna um suplício receber pessoas com quem não têm qualquer ligação ou que a relação é apenas social

“Parece que até que, com o bebé, nascem também amigos!! É verdade! Pessoas que eu digo só olá na rua vieram visitar-me na maternidade... Mas pior foi virem à minha casa visitar, no meu cantinho.” (Gabriela)

“As pessoas devem compreender que precisamos do nosso espaço. De nos organizarmos. Nas primeiras semanas a gente está a tentar orientar a nossa nova vida: as casas estão numa revolução, a gente está todas maltrapilhas e

esgazeadas, o rapaz só berra! É um terror... mas é um terror que eu acho que as pessoas gostam de ver, daí que nos vêm ver! Só se assim se explica..." (Maura)

Todavia, referem também terem sentido o seu espaço emocional igualmente invadido, até porque com a falta de disponibilidade emocional que tinham, não conseguiam dar resposta às solicitações das visitas. Ainda assim, dizem ser difícil impor limites, até mesmo porque " (...) *as pessoas ficam ofendidas e não percebem que estamos vulneráveis e a precisar do nosso tempo, por isso e para não ofender ninguém... acabamos por receber as pessoas e não dizer nada!*" (Juliana). Salientam, ainda que, pior do que lidar com a visita, é lidar com o que dizem. Na verdade, vão **sentindo-se invadidas pela opinião de familiares/amigos**, que tendem a opinar sobre os mais variadíssimos assuntos, o que faz com que se sintam na presença de *experts* no que respeita à maternidade

"Sabem tudo e de tudo! Sabem sobre as cólicas, sobre os cuidados aos bebés, sabem como é que devo organizar a minha vida, sabem o melhor para o meu filho, para o meu marido, para a minha vida. Só não sabem estar calados..." (Juliana)

demonstrando o seu descontentamento pela postura adotada pelos visitantes, acrescentando ainda que "*é preciso uma ginástica mental muito grande, para saber filtrar tudo o que nos é dito!*". Esta reação é justificada pela divergência de opiniões que existe de pessoa para pessoa, o que conduz a que as mulheres se sintam, por vezes, confusas e desorientadas, não abonando para que se mantenham calmas. Com o passar do tempo, vão-se sentindo mais adaptadas à maternidade e, progressivamente, o volume de visitas vai reduzindo, ao ponto de até chegarem a considerar

"Acho que era aquele corropio de gente²² que não me deixava assentar o juízo. Era um vai-vou²³ de gente que não mais parava! Quando começou a vagar, então eu comecei a melhorar." (Octávia)

"A minha sogra que estava em minha casa para me ajudar ela até, como dizem a nossa boa gente, ficou menente²⁴ com tanta visita. Só depois de reduzir é que me senti melhor e capaz de tomar conta da minha vida!" (Lara)

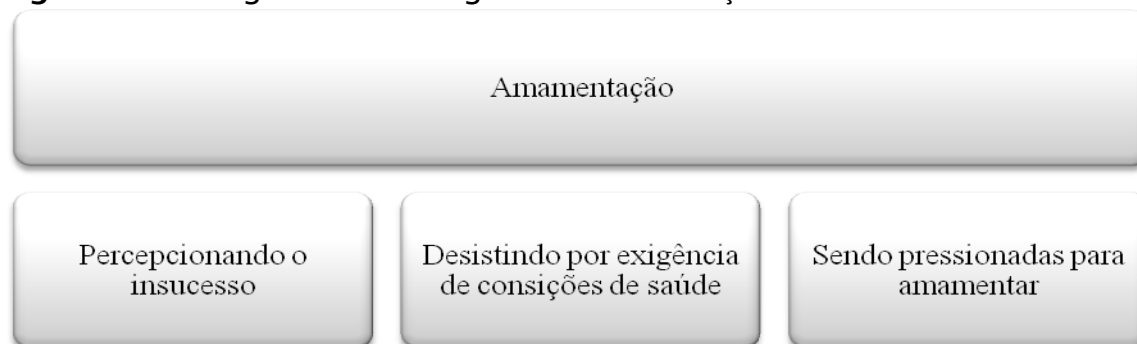
²² No léxico micaelense, *corropio de gente* refere-se, em sentido figurado, a roda-viva de pessoas, não no sentido de jogo lúdico. Pode também referir-se a uma agressão física, do género, *levas um corropio*.

²³ No léxico micaelense, *vai-vou* significa um constante entrar e sair de pessoas.

²⁴ No léxico micaelense *menente* significa ficar sem palavras, numa atitude perplexa. O ato de ficar menente implica abrir a boca exageradamente e arregalar os olhos, tamanha é a perplexidade, e, em alguns casos há quem se benza para reforçar o espanto.

Outro fator que parece estar relacionado com a manifestação de sintomas depressivos é a **amamentação** (Figura 13). É sabido que a amamentação tem sido associada ao bem-estar tanto da criança quanto da mãe.

Figura 13 – Diagrama da categoria Amamentação



Apesar dos benefícios conhecidos desta prática, as taxas de adesão são ainda baixas, havendo um declínio significativo durante as primeiras semanas após o nascimento, registando-se, nas mulheres que amamentam, uma maior produção de ocitocina, denominada por hormona do amor, uma vez que é responsável por uma sensação de maior bem-estar e de apego em relação aos bebés. É de tal modo crucial na amamentação, que é responsável pela "descida de leite" permitindo que o leite flua e que a mãe possa alimentar o seu bebé. Por outro lado, a continuidade da amamentação, conduz ao acréscimo da prolactina, hormona responsável pelo aumento da produção do leite pelas glândulas mamárias, formando-se um ciclo que, se bem estabelecido, conduzirá ao sucesso desta prática.

Todavia, quando tal não acontece por algum motivo alheio à sua vontade, a mulher vai **percepcionando o insucesso** na amamentação

“O facto de só ter amamentado quase cinco semanas, representa um insucesso para mim. Eu queria dar mais (choro). Eu tinha um objetivo para cumprir... isso para mim é como uma mágoa que eu vou levar um dia quando morrer para a cova comigo...” (Fernanda).

Esse sentimento relaciona-se não só por a mulher acreditar que a amamentação é algo nato para a mãe e para o bebé, mas também pela dificuldade que a mulher tem em impor a sua opinião e vontade no que

respeita a amamentar. Na verdade a pressão exercida pelos familiares e amigos é

“Muito grande... sentia-me pressionada, porque diziam “ah ele tá chorando é com fome, tadinho... o teu leite tá fraco, dá-lhe uma biberão!” e eu não consegui fazer valer a minha vontade, porque comecei a ceder a ceder. Mas queria muito ter amamentado mais tempo e sinto-me mal por causa disso” (Lara)

“Era minha sogra, era minha mãe, eram as minhas amigas... Era tudo a dizer: não tens leite nenhum! As maminhas tão vazias... e eu desisti! Mas sinto-me frustrada, porque eu sabia que tinha leite. A enfª tinha-me explicado que era assim e é a coisa mais natural que existe! Por isso é que a gente tem maminhas, não é?” (Nina)

A frustração desencadeada na mulher acaba por desembocar em sentimentos depressivos pela sua incapacidade de conseguir cumprir um objetivo delineado ainda na gravidez

“Todos os pais desejam o melhor para os seus filhos e para mim o melhor passava por amamentá-la por todas as razões e mais alguma, até mesmo por uma razão egoísta: só eu é que podia alimentar a minha filha (...) não fui capaz! E sinto que não fui a melhor mãe por causa disso. Sinto que falhei como mãe e como mulher e tenho vergonha disso.” (Maura)

Todavia, esses sentimentos podem surgir também quando a desistência em amamentar surge na sequência de um situação que assim o exija. **Desistindo por exigência de condições de saúde** surge como subcategoria na sequência de mulheres que acabam por ter que abandonar a prática da amamentação devido à sua situação de saúde, o que causa nelas desgosto e tristeza. Com alta motivação para manterem-se a amamentar, quando confrontadas com a necessidade de não mais o fazer, encaram essa situação como uma falha da sua parte, como mulheres e como mães

“Eu queria muito dar. É assim: dos meus outros dois filhos eu dei de mamar até um ano, dessa vez também dava se não fosse a minha mãe acamada (começou a chorar). Coitada, mas sempre foi boa mãe... mas é uma dor grande que eu tenho: não ter dado mama.” (Eva).

“Depois no meio disso tudo eu tive que dar leite em pó, porque dos oito para os nove meses eu tive que tomar antidepressivos, por ter tido ataques de Pânico, mas não pude dar a mama, o que para mim foi uma frustração muito grande porque queria muito dar mama...” (Hélia)

Todavia, de igual modo existem mulheres que optam por não amamentar, tomando essa decisão de modo consciente e refletida, já ainda ao longo da

gravidez. **Sendo pressionadas para amamentar** é uma subcategoria que surge devido à verbalização das mulheres de se sentirem pressionadas pelos profissionais.

O período em que tal acontece não resume-se só ao puerpério. Já na gravidez essa é uma realidade referida, o que causava desconforto, pressão e um certo mal-estar sempre que se dirigiam às consultas de vigilância de saúde quer médicas quer de enfermagem

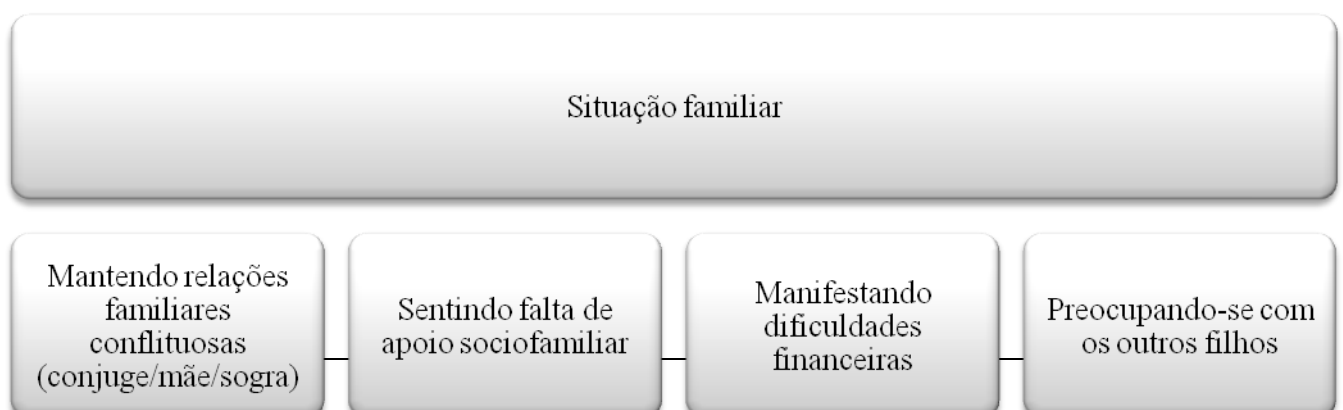
“Não foi nada fácil... toda a gente sempre me tinha dito nas consultas de preparação para o parto, que era fácil, que era colocar a bebé que ela ia mamar e que no início não tinha muita produção, mas que ela ia ficar satisfeita. Pode ser tudo verdade, mas não foi comigo e com a minha filha... por vezes é preciso compreender que neste tipo de coisas não existem receitas e, por isso, devemos ser mais flexíveis: pais, mas principalmente profissionais.” (Maura)

“Senti-me tão mal quando disse que não queria amamentar... olharam-me com uns olhos! E vieram outra vez com as vantagens... mas eu não queria! E disse que já sabia tudo de cor, que não tinha a ver com isso: tinha a ver com o meu estado! Também é importante... Foi assim na gravidez e foi assim na maternidade!” (Lara)

A pressão a que se sentem submetidas, prolonga-se não só por boa parte da gravidez, mais propriamente por todo o terceiro trimestre, mas também pelo pós-parto, desenvolvendo, invariavelmente, sentimentos de culpa por terem tomado uma decisão contrária àquela defendida pelos profissionais, em virtude das críticas e julgamentos a que estão sujeitas.

Estes sentimentos agravam-se caso o apoio sentido seja diminuto ou inexistente, bem como se o contexto familiar onde se integra não for o mais favorável, para que a mulher vá desconstruindo progressivamente estes sentimentos de incompetência, inutilidade e culpabilização. A **Situação familiar** (Figura 18) é de tal forma importante que pode condicionar a transição adequada para a parentalidade.

Figura 14 – Diagrama da categoria Situação familiar



A maternidade e a paternidade são experiências marcantes e mobilizadoras na vida de cada mulher e de cada homem, estendendo-se também aos demais familiares que experimentam modificações importantes, quando nasce um novo bebê, podendo instalar-se conflitos internos na dinâmica familiar, fruto do ajustamento que parece ser necessário, para receberem o novo membro da família

“(...) mas o meu sogro é com quem eu me dou menos bem. Mas a relação com a minha cunhada, embora esteja a ficar melhor, também não era boa, eu tinha muitos conflitos com ela.” (Aurora)

“(...) e depois eu acabo por me sentir assustada, com as coisas que vão ocorrendo, não saber lidar com as coisas, com os conflitos com o meu sogro...” (Maura).

Não só pelo desgaste que representa, mas também pelos conflitos que se instalam nos relacionamentos íntimos, em particular das relações familiares, **Mantendo relações familiares conflituosas** pode ser prejudicial para a mulher, mesmo porque o alto nível de interdependência entre os seus membros, favorece o surgimento e a manutenção de situações conflituosas

Acrescente-se que estas situações são comuns dentro do casamento, cujo contexto é permeado por um constante confronto entre a individualidade dos cônjuges e a conjugalidade do casal e pela ausência do companheiro

“Acho que é só... embora o meu marido podia esforçar-se mais. Ele podia ser mais companheiro, ele não é muito companheiro, ele gosta mais é de estar por fora com os amigos. E isto desgosta-me...” (Fernanda)

“E isso chateia-me um bocado. E eu gostaria que ele me desse mais apoio, mais atenção a mim e ao bebé principalmente (...) sinto-me cansada... cansada ao nível (...) Do meu marido estar um pouco ausente!” (Octávia)

“(...) ele tá a viver nas Flores e eu estou sozinha com ela (...) Essa foi uma gravidez que eu vivi muito sozinha, o que fez com que eu me sentisse muito revoltada. Porque fizemos os planos de ficar grávida e de ficar assim eu mais ele, e viver a gravidez os dois juntos e no fim eu vi-me sozinha na gravidez com vários problemas” (Hélia)

Por outro lado, as mães/sogras das mulheres, pelo nível de confiança que detêm com os seus filhos, acham que devem gozar dos mesmos direitos que os pais do bebé usufruem, opinando, determinando e aconselhando sobre os cuidados mais ajustados e as atitudes cuidativas mais adequadas

“(...) a família dele...a gente cortou relações... é assim desde o início até aos 9 meses, eu nunca falei com eles, nem nunca estive contando com elas (...) é assim

pela mãe do meu marido, ela vem cá e as irmãs, mas não tenho aquela relação por tudo o que ela já me fez para trás, não consigo ser aquela pessoa aberta com ela como no início (...)” (Lara)

“(...) se ela passa por mim começa aos berros no caminho, ela provoca-me muito e aos meus filhos (...) Foi uma gravidez complicada por causa dela (...) mas a minha depressão é essa, porque sou mãe faço tudo pelos meus filhos e... eu não quero saber da minha mãe. É um pouco complicado...” (Cláudia)

A importante influência da relação da mulher com a sua figura materna sobre as vivências emocionais relacionadas ao desempenho do papel materno influencia a forma como ela própria vê a maternidade. Antigos relacionamentos conflituosos e infelizes com a própria mãe, estão geralmente na base de intensas angústias experimentadas pela mulher na sua condição materna, *“Mas já se sabe que eu senti muito a falta da minha mãe. Não era nada que eu não contasse, porque ela sempre foi muito desligada.”* (Aurora).

No entanto, apesar dessa influência, parece existir a possibilidade de a maternidade converter-se em uma experiência psicologicamente transformadora e capaz de promover um efeito “curativo” para a mulher, ajudando-a a superar parcialmente os seus problemas com a sua mãe, ainda que a relação não seja restabelecida, como se pode ver pelos seguintes excertos

“Mas depois de ficar grávida pensei que poderia ser uma coisa boa para mim, (...) eu vou criar, mas de maneira a ser diferente da minha mãe. Eu quero ser a mãe que a minha não foi. Quero dar amor e carinho ao meu filho, que é o que eu nunca tive.” (Aurora)

“E depois eu não quero ser igual à minha mãe, eu quero fazer as coisas diferentes da minha mãe. Para o senhor ver eu não tenho quase lembranças nenhuma da minha infância, é só dela a garrear²⁵.” (Cláudia)

Sentindo falta de apoio sociofamiliar condiciona a forma como a mulher se sente em virtude de se tornar mãe e faz com que se sintam sozinhas, a braços com uma alteração significativa na sua vida. O apoio sociofamiliar é considerado o sistema mais importante na vida de qualquer indivíduo e é importante para que as mulheres no ciclo gravídico-puerperal sintam segurança, afeto, proteção e bem-estar. No entanto, quando tal não

²⁵ No léxico micaelense *garrear* significa brigar, discutir.

acontece, pode servir como um fator de risco para o desenvolvimento saudável e adequado da mulher enquanto mãe, levando a transtornos de ordem afetiva

“Vou dar apoio, amor e carinho ao meu filho, quero criar lembranças felizes no meu filho para que ele se recorde com carinho da sua infância e da sua mãe e não como eu lembro a minha: com mágoa. Ela era severa! Mas hoje está mais quebrada...” (Dina)

“Precisava de mais e melhor apoio... com o meu marido longe, com a mãe que tenho e vivendo aqui isolada... não admira que fique com uma depressão!” (Hélia)

Por outro lado, as questões financeiras parecem ter influência sobre como a mulher vivencia esse período de transição. **Manifestando dificuldades financeiras**, procura transmitir as preocupações das mulheres que expressam a dificuldade que sentem em organizar a sua vida em virtude do desemprego dos maridos, da diminuição dos rendimentos e com o acréscimo de despesa que a chegada de um filho representa. Associada à atual crise económica que Portugal atravessa, essa é de fato uma preocupação transversal a todas as participantes do estudo, e que, com mais ou menos impacto, aflige as mulheres

“E quando fiquei grávida, o meu marido ficou desempregado. Isso assusta-me.” (Eva)

“Não tenho muita esperança no futuro, porque vejo sempre o mesmo. Nada mudou... a minha vida não anda... não vai para a frente, vai sempre para trás, ainda mais o meu namorado está desempregado. E depois eu acabo por me culpar das coisas quando elas não correm bem, eu acho que acabo por ter culpa quando as coisas não correm direito.” (Bruna)

Preocupando-se com os outros filhos é outro fator que condiciona a forma como a mulher se sente, em especial quando tem que se ausentar para a maternidade para ter o seu bebé. Saliente-se, porém, que quanto mais pequenos forem os filhos, maior são as preocupações, *“Como será na sua ausência? Com quem deixar se de um momento ao outro tiver de ir para o Hospital? Como vai reagir com a falta da mãe? E o bebé quando chegar?”* (Juliana) são apenas algumas questões que assolavam as mulheres ao longo da gravidez. Tentando arranjar respostas, as mulheres foram organizando a sua vida, para que se sentissem seguras quando fossem para a maternidade, sabendo que a sua prole estaria bem *“eu pedi para ficar pelo menos da parte da manhã para se sentir ... para não sentir*

tanto a minha falta. Quer dizer: foi complicado... e estar sempre com o juízo nela, não é?" (Octávia).

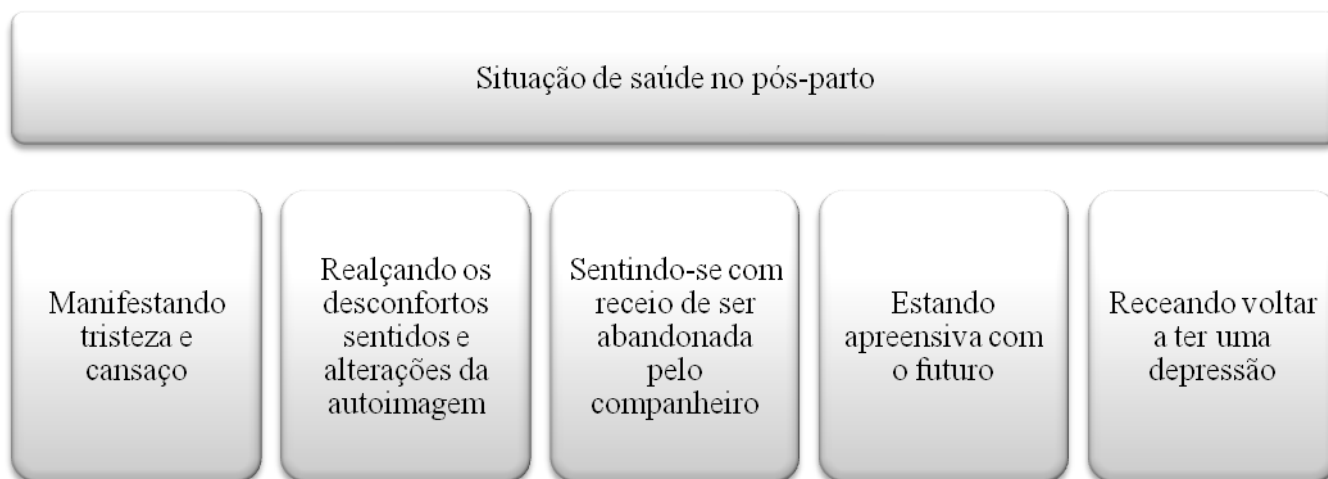
Por outro lado, na presença de pensamentos negativos e tendenciosos de infligirem algum mal a si próprias, é a lembrança dos filhos que as impede de continuar

"Porque de vez em quando eu penso em fazer mal a mim, em especial quando eu não tenho coisas para dar às minhas filhas, eu penso e se eu não existisse elas não tinham existido e eu não via nada disso (...) penso que se eu não existisse elas não tinham existido e elas não penavam, nem eu estaria neste sofrimento... mas o que acho que me trava muito é tê-las porque é um amor inexplicável." (Maura)

"Tenho de ter força, não há tempo de esmorecer ou ficar muito tempo triste... é sempre para a frente. Tenho que ter força pela minha família, pelo meu filho... Só eles justificam esse esforço!" (Lara)

Relativamente à Categoria **SITUAÇÃO DE SAÚDE NO PÓS-PARTO** (Figura 15), pretende refletir a influência que a percepção da mulher tem sobre a sua saúde, no desenvolvimento e manifestação de sintomatologia coincidente com DPP.

Figura 15 – Diagrama da categoria Situação de saúde no pós-parto



Esta categoria envolve as impressões e percepções das mulheres no que respeita ao seu estado de saúde no pós-parto, não só em termos físicos, mas também em termos psíquicos. Durante o puerpério estão envolvidas manifestações involutivas e de recuperação do organismo materno após a gravidez, revestindo-se, então, de grande importância, exigindo atenção e cuidados especiais à mulher.

É um período que marca a mulher pela experiência de gerar, parir, cuidar e pelas várias alterações físicas e emocionais por que passa, exigindo-lhe uma grande capacidade de adaptação.

Manifestando tristeza e cansaço, sentindo-se com receio de ser abandonada pelo companheiro, estando apreensiva com o futuro e Receando ter uma depressão são quatro subcategorias que se relacionam com a parte psicológica da mulher, que propiciam e indiciam o risco que a mulher tem em desenvolver DPP.

Depois do parto as novas mães experimentam uma fase que se caracteriza pelo cansaço que, aliado a uma nova responsabilidade, pode gerar *stress* e sentimentos de tristeza que pode debilitar tanto a sua resistência física, como a psicológica, podendo gerar um estado depressivo transitório e corresponde a um período em que terá de dar resposta à necessidade de se adaptar a todas as alterações que, juntamente com a chegada do bebé, apareceram em força na sua vida. Todavia, se aliarmos a esta condição outros problemas que vão surgindo no decorrer do processo de transição para a parentalidade, pode incorrer-se no risco da mulher vir a desenvolver DPP.

Fatores, como os já referidos anteriormente, como o desemprego, conflitos familiares, apoio reduzido, insucessos percebidos e expetativas frustradas, poderão mais facilmente conduzir a mulher pelo caminho da DPP, levando a que desenvolva sintomatologia condicente com esta patologia.

“(...) não está a ser fácil em termos de dinheiro... e isso preocupa-me muito. É o que mais me preocupa, principalmente as crianças, não é? Não ter que comer? É complicado (chora)... e é isso que me preocupa mais nessa fase, porque o resto já está tudo orientado, horários, o pior é a parte financeira. Será que vou ter comida para uma? Comida para a outra? Depois uma pede uma coisa, depois outra pede outra, é complicado... ... foi complicado roupas, calçado tudo, é complicado é muito complicado... e agora nesta fase é que me mete mais ansiosa e triste.” (Iva)

“Sinto-me infeliz... imenso, apesar de ter as minhas filhas que me dão força e que me ajudam a dar um passo em frente... mas eu sinto-me muito infeliz. Sinto-me um bocado sozinha infeliz, apesar de abrir o sorriso... mas abro o sorriso um sorriso disfarçado. Uma coisa é o que se vê por fora, outra coisa é como se está por dentro.” (Juliana)

“Um Supor: um ladrão é preso por roubar, mas eu não roubei. Eu sinto que me tiraram a alegria que eu tinha. Mas, eu penso assim: se um ladrão foi para a cadeia, é porque roubou, mas eu não roubei, não matei, então tenho de tentar

recuperar aquilo que eu tinha que era meu. E é nessas coisas que eu tento por na minha cabeça, alegria, a minha alegria que se foi embora.” (Fernanda)

Por outro lado, o facto de sentirem-se ansiosas, tristes e cansadas faz com que o receio de serem abandonadas pelo companheiro manifeste-se. Este sentimento de insegurança, de medo de ser abandonada pelo companheiro, está relacionado com a perceção que têm de estar a saturar os companheiros com a forma como estão a viver a chegada dos filhos e com a forma como estão a lidar com a integração do papel de mãe na vida conjugal, fazendo com que tomem certas atitudes, que resultam em uma maior sensação de sufocamento por parte do companheiro, que acabam por se afastar ainda mais, o que conduz a que as mulheres se sintam abandonadas

“Foi muito difícil viver esta gravidez e agora à distância, muitas brigas. Brigas... eu sei que ele não tem culpa, mas a minha questão era estar sozinha e estar sempre em médicos estar para cá e para lá e ele lá... e às vezes ele tá sempre super ocupado, mal tem tempo de me ligar, mal tem tempo de me falar, e já se sabe, eu revoltava-me com isso tudo e acabava por intenicar²⁶ muito com ele. Tenho medo que ele não venha mais para cá!” (Hélia)

“(...) senti sempre uma grande ligação ao bebé. Ele é a grande razão pela qual eu consigo lidar com esta situação toda. Se eu não tivesse o bebé a minha vida ia ser muito diferente de agora, provavelmente cada um estaria na sua vida: ele na sua e eu na minha. Ele diz que eu sufoco ele... Mas isso é uma possibilidade se as coisas não mudarem, eu penso que sim! Não é que eu pense nisso! Evito pensar. Não é uma coisa que queira...” (Dina)

“Também naquela altura, o meu marido também não estava a compreender as minhas reações com ele. Mas é assim, ter a casa de gente que tenho e não ter ajuda... é a mula de carga aqui que faz tudo.” (Eva)

“E por isso o meu maior medo, é ficar sozinha... é, neste momento, o meu marido me deixar, é o meu maior medo...” (Lara)

Assim, a mulher acaba por ficar apreensiva sobre qual será o futuro do seu relacionamento com o companheiro. Contudo, esta não é a única razão pela qual a mulher se sente apreensiva com o futuro.

As preocupações relativas ao contexto socioeconómico são também elevadas. A falta de apoio familiar também parece influenciar esses sentimentos, a par da crise económica que se vive, com as consequências devastadoras daí decorrentes (crise social, de emprego, crise familiar),

²⁶ No léxico micalense *intenicar* refere-se a picar alguém. Arreliar.

dado às enormes repercussões psicossociais que o fenômeno do desemprego acarreta. A vivência subjetiva por parte do desempregado ameaça toda a dinâmica familiar e da mulher no ciclo gravídico-puerperal, pela incerteza gerada, pela vida condicionada, pela diminuição de autoestima. Invariavelmente pode haver o desenvolvimento de sentimentos de exclusão e rejeição pela sociedade (ainda que não aconteça) e, por isso, reagem desenvolvendo comportamentos antissociais de isolamento, vivendo em permanente estado de amargura, apresentando sintomas depressivos, tais como *stress*, perturbações do sono, outras perturbações psicossomáticas

“Tenho medo do futuro... Eu sinto-me triste, infeliz, preocupada com falta de sono.” (Bruna)

“Tenho medo do futuro. Ainda tenho mais medo, porque não tenho apoio nenhum nem da assistente social.” (Iva)

“A gente planeou uma coisa que a gente pensava que no futuro ia ser como a gente queria e... descambalou ali um bocadinho tudo por causa do desemprego do meu marido. E isso foi um fator que fez com que eu não vivesse a minha gravidez em pleno, pela preocupação, que ainda mantenho.” (Fernanda)

“Esperança? Eu tenho esperança que vai melhorar. A questão é quando? Nunca mais melhora? Sinto-me cansada de lutar para que melhore... para que tudo melhore.” (Maura)

A subcategoria **Receando ter uma depressão** pretende plasmar o receio que as mulheres têm de voltar a experienciar sentimentos depressivos. A verdade é que no período pós-parto, devido à diminuição brusca dos níveis hormonais, na sequência das grandes alterações registadas ao longo da gravidez, associada a fatores biológicos, psicológicos e sociais, há um risco real do aparecimento de sintomatologia depressiva. A experiência de se ter uma depressão pode ser duplamente avassaladora, por ser dolorosa e incapacitante, mas também porque quem está à volta da mulher com DPP, pode ter dificuldade em compreender os contornos da doença. A incompreensão, a falta de informação e a intolerância são prejudiciais, já que contribuem para a agudização dos transtornos depressivos

“Mas às vezes eu fico com eles todo o dia, todo o dia, todo o dia... é complicado, às vezes eu tenho medo de ficar pior porque eu tive uma depressão nervosa logo após ter tido a do meio... também não foi uma gravidez desejada.” (Nina)

“Porque quando me disseram que eu tava com essa... as coisas não estavam boas, porque a minha vida tava de pernas para o ar, mais a mais com ele sempre para a loja, sempre para a loja. Tive que ser franca com ele!” (Octávia)

Saliente-se que a ligação mãe-filho é tão intensa que mesmo as mulheres em risco de depressão pós-parto acabam por ver nos seus filhos a motivação que necessitam para reagir e evitar o agravamento da sintomatologia depressiva.

“Parece que eu envelheci desde que eu tive essa depressão. Ainda hoje sinto-me diferente, já não sou alegre como era antes. Pelo menos agora ainda consigo me rir e puxo por mim, mas é um esforço que eu faço... Porque de vez em quando eu penso em fazer mal a mim, em especial quando eu não tenho coisas para dar às minhas filhas, eu penso e se eu não existisse elas não tinham existido e eu não via nada disso...mas depois eu penso o que seria delas?” (Juliana)

“Eu como tenho um historial de depressão de trás, tenho que estar alerta para isso. O meu maior medo, nisso tudo, é talvez... não estar presente na vida dela... se calhar é isso, ou se calhar eu não conseguir cuidar dela. Chegar a um ponto, sei lá... Tenho medo de não estar presente no crescimento da minha filha... porque com uma depressão também me irá manter afastada da minha família. Eu não tenho medo da morte. Tenho mais medo do sofrimento. Porque, não é... eu quero estar presente, eu quero estar bem para ela. E tenho de fazer os possíveis e os impossíveis para estar bem e ter que a acompanhar em todos os processos.” (Dina)

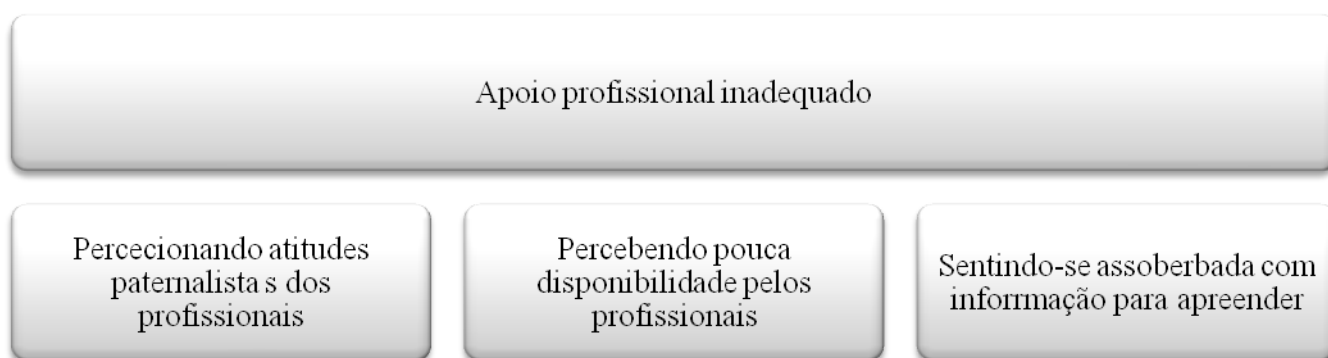
Realçando desconfortos sentidos e alterações da autoimagem é uma subcategoria que pretende transparecer a dificuldade que as mulheres têm em lidar com as questões de autoimagem e com os desconfortos resultantes da gravidez e puerpério. Efetivamente, como já foi abordado anteriormente, as têm dificuldade em lidar com as alterações físicas que sofrem ao longo da gravidez e puerpério, daí o ciclo gravídico-puerperal ser um período repleto de vulnerabilidade tanto emocional como física, que se reveste por uma reformulação da autoimagem, não só pelos desconfortos típicos de cada trimestre de gravidez, mas também pelas alterações vividas no puerpério e pelas profundas transformações do próprio autoconceito da mulher, que podem originar sentimentos autodepreciativos, de saturação e de irritabilidade, dado que as experiências emocionais referentes a esta fase, demostram-se como intensas e avassaladoras

“Sentia-me feia, gorda e pouco atrativa... aliás ainda me sinto assim e eu sempre me senti bonita. E isto está a fazer-me um mal muito grande...” (Eva)

“A imagem do nosso corpo e o que a gente acha de nós, são importantes, mas parece que eu estou a nascer de novo! De um dia para o outro e ainda não me habituei a este novo corpo que eu não vejo como meu...” (Bruna)

APOIO PROFISSIONAL INADEQUADO (Figura 16), corresponde à última categoria deste constructo, e procura transmitir a influência que o comportamento dos profissionais pode ter no comportamento da mulher em risco de DPP.

Figura 16 – Diagrama categoria Apoio profissional inadequado



A verdade é que as mulheres vão **percecionando atitudes paternalistas dos profissionais** em relação às puérperas e bebês, em especial no pós-parto. Se bem que admitem terem estabelecido uma relação de confiança com a maioria dos profissionais com quem se cruzaram ao longo da gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, referem ter denotado no discurso dos profissionais, em especial durante o parto e pós-parto, a interferência do profissional de saúde sobre a sua vontade de pessoa autónoma e que justificavam com razões relacionadas ao bem-estar, alegria, necessidades, interesses ou valores da mulher e do bebé

“Elas diziam: “não queres dar de mamar? Vais dar. É o melhor para ti e para o bebé...” Eu sei que não era por mal, mas faziam-me sentir quase que filha delas e eu já tinha uma filha e algumas delas... não!” (Bruna)

“Quando foi para levantar, no dia a seguir, eu mal conseguia mexer-me com as dores. Veio a Enfª e disse que eu tinha de me levantar, porque era preciso e ela sabia quer era o melhor... mas eu também queria saber porque é que era, porque para mim o melhor era ficar ali deitada...” (Gabriela)

“(...) às vezes ela dá-me um raspanete por causa, porque eu sempre fui daquelas pessoas de comer muito, daí que eu na questão do peso exagerava.” (Octávia)

Ainda assim, as mulheres salientam que embora se sentissem quase como que a ser educadas maternalmente pelas enfermeiras, sentiam também que não era por mal as atitudes adotadas, acrescentando que, no geral, a atenção que lhes era dedicada era importante e fazia sentirem-se apoiadas, mas simultaneamente, avaliadas e pressionadas *“o apoio era importante, apesar de tudo o facto de elas estarem ali, para nós, é importante! Mas a pressão é grande. Parece que estamos a ser testadas!”* (Fernanda).

Quando as mulheres vão **percebendo pouca disponibilidade pelos profissionais** as mulheres sentem-se abandonadas, reconhecendo e interpretando essa falta de disponibilidade como uma falha na assistência e nos cuidados de saúde que lhes deviam ser prestados. A falta de disponibilidade manifesta-se de diversas formas: desde a prestação de cuidados do que é essencialmente necessário, até a ensinos inadequados, inapropriados e desajustados.

“Às vezes tinha a impressão que se confundiam com a pessoa. Uma vez a enfermeira tava a falar comigo como se eu desse biberão e eu dou mama. Outra vez o médico... o das crianças foi lá ver o pezinho do pequeno. Explicou tudo, mas nunca olhou para mim. Até pensei: deve estar com pressa!” (Cláudia)

“(...) há pessoas mais sociáveis do que outras. Havia profissionais que eu conseguia falar abertamente, havia outros que eu falava pouco, por não me deixarem à vontade.” (Bruna)

“(...) às vezes faltava um pouco de calor humano, coisa que uma mulher que está naquela situação precisa de conforto... não é que eles fossem estúpidos ou agressivos, eles eram pessoas acessíveis e tudo e se tocasse à campainha eles vinham... não é nessa questão. É mais de disponibilidade se calhar eu acho que quem está a passar uma situação dessas precisa de disponibilidade. Não só do marido ou da pessoa que está ali ao lado a acompanhar e confortar, mas também de um profissional que perceba o que está ali a acontecer!” (Gabriela)

Essa falta de disponibilidade percebida pelas mulheres faz com que se sintam reduzidas a um número, sem serem alvo de atenção e cuidado, como que se tratasse apenas de mais uma mulher. Atuar de forma a criar nas clientes confiança nas ações dos profissionais, é um dever de quem presta serviços que são de interesse público e, por isso, a atuação deverá ser pautada por uma conduta funcional, por uma integral disponibilidade e lisura, adequando, no casos dos cuidados de saúde, às necessidades de quem deles necessita, como refere Nina *“(...) Não quero médicos e*

enfermeiros cheios de sorrisos e gracinhas. Se forem simpáticos, tanto melhor. O que quero é que me escutem, que me oiçam, que vejam que sou eu, uma pessoa com dúvidas, receios e necessidades que são minhas, e não de outra pessoa!".

Por outro lado, parece que **sentindo-se assoberbada com tanta informação para apreender** é outro fator que pode favorecer o desenvolvimento de sentimentos negativos de insegurança, pela incapacidade de reter toda a informação fornecida, o que pode conduzir à ansiedade, causada pela avalanche de informações que recebem ao longo do ciclo gravídico-puerperal, sem serem capazes de entendê-las ou selecioná-las. Essa imensa quantidade de informação a que são expostas afeta a saúde e a qualidade de vida das mulheres, pela incapacidade de administrar, absorver e aproveitar em função das necessidades que têm, contribuindo apenas para a dispersão e a fadiga mental

"No internamento os enfermeiros também foram muito presentes, explicaram-me todos os cuidados a ter com a menina, desde o banho, à prevenção de acidentes e aos cuidados de saúde. Sempre a explicar o que faziam... só que acho que nos transmitem demasiada informação. Naquele momento o que mais precisamos é de nos habituar aos nossos filhos, saber o essencial, mas ali transmitem-nos informação em demasia... não me recordo de metade. Em três dias foi tanta coisa, que a meio caminho o que eu acho que aprendi foi o banho e porque foi demonstrado... mas não posso dizer que houve falta de apoio, porque não houve... antes pelo contrário." (Fernanda)

"Havia muita informação que eu não sabia, apesar de ter tido muitas bases de trás, mas uma coisa é a teoria, outra é a prática... mas também eu não consegui lidar com tanto informação! Parece que a minha cabeça arrebentava!" (Hélia)

"E depois as enfermeiras transmitiram-me muita informação para eu vir para casa, mas eu tava com medo de ficar mais tempo lá, porque eu tava com a tensão mais descontrolada. E fico ansiosa com tanta informação que não me lembro de nada!" (Maura)

Em suma, o **Constructo condições intervenientes no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP** procurou transmitir os fatores que intervieram no processo de transição para a parentalidade das mulheres em risco de desenvolver DPP, caracterizando-se por um conjunto de situações e fatores, causando na mulher sentimentos contraditórios, o que faz com que se sintam emocionalmente perturbadas. O nascimento de um filho representa um momento de crise, propício ao aparecimento de problemas emocionais nas mães, como é o caso da Depressão Pós-Parto,

que pode afetar a qualidade de vida das mães e o desenvolvimento emocional, social, comportamental e psicológico do recém-nascido e de toda a unidade sociofamiliar. Convém, então, conhecer as mulheres que estão em risco de desenvolver essa patologia, percebendo que fatores podem contribuir para o seu desenvolvimento.

Importa perceber, neste ponto, que estratégias são utilizadas pela mulher para lidar com a parentalidade quando em risco de DPP.

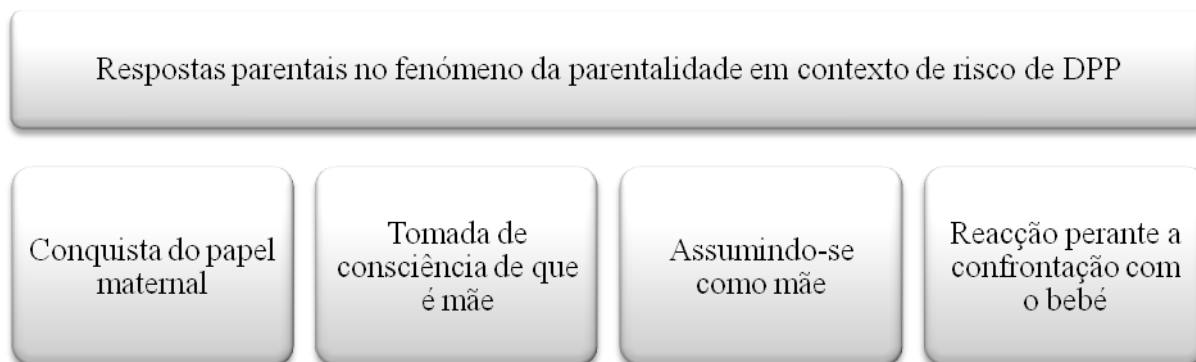
4.3 - RESPOSTAS PARENTAIS NO FENÓMENO DA PARENTALIDADE EM CONTEXTO DE RISCO DE DPP

Numa perspetiva social, fala-se muito das transformações que a maternidade traz e, mesmo julgando-se preparada, a verdade é que quando confrontada com o real, é que a mulher se apercebe que não está a enfrentar uma simples mudança e descobre a responsabilidade que significa ter um filho: a sua confrontação com a dimensão emocional, com a necessidade de amparo que a recém-mãe tem, as novas rotinas, a necessidade de dormir, as angústias, incertezas, medos e ansiedades.

A mulher tem de se sentir disponível para toda esta avalanche de sensações distintas e para ser uma pessoa diferente daquilo que era, com outros conceitos, outras metas, outros valores, outras prioridades, desapegar-se momentaneamente de si mesma de forma a ser de tal forma humilde, ao ponto de deixar guiar-se por outra pessoa: o bebé.

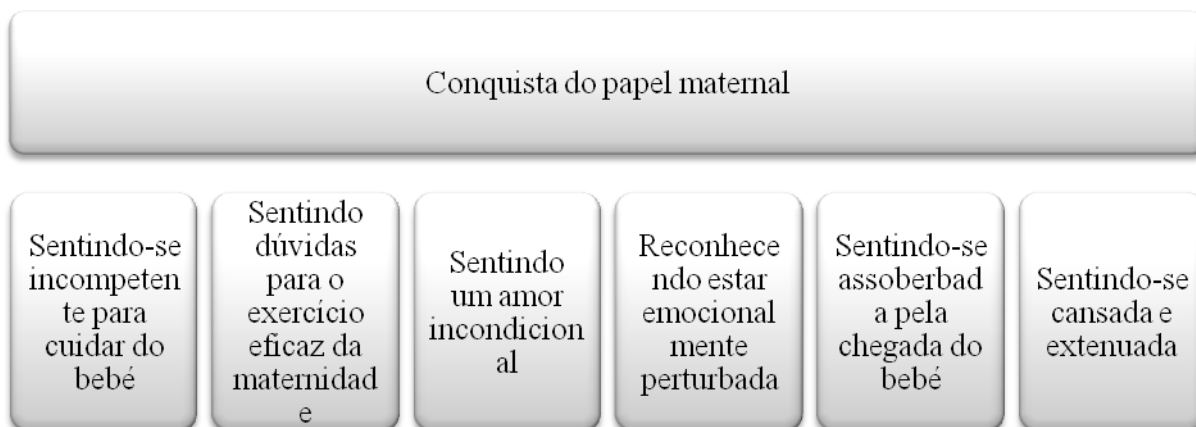
Como já referido anteriormente, a transição para a maternidade caracteriza-se por um compromisso intenso e uma abrangência ativa, que se prolonga por todo o ciclo gravídico-puerperal, envolvendo a passagem de uma realidade conhecida para uma outra totalmente desconhecida, o que implica uma reestruturação de responsabilidades e comportamentos, para atingir uma nova conceção de si. Assim, neste capítulo procurou-se agrupar as respostas parentais no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP (Figura 17), após a apresentação dos fatores que são responsáveis pelo tipo de resposta da mulher, o facto de esta reagir de forma mais positiva ou menos positiva ao fenómeno da parentalidade.

Figura 17 – Diagrama do Constructo respostas parentais no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP



Na verdade, a mulher procura construir-se como mãe e, para isso, empreende uma **CONQUISTA DO PAPEL MATERNAL** (Figura 18). O comportamento materno não é algo inato, com que se nasça. É, de facto, aprendido e influenciado por diversos fatores, como sejam as condições pessoais, sociais, políticas e culturais. É a progressiva conquista deste papel que irá estabelecer a identidade materna, conduzindo a um aumento do seu funcionamento adaptativo a caminho da transição que está a viver. Gabriela ilustra bem esta ideia quando refere que *“Porque não é logo um camião de amor. Logo não! Eu acho que é o conhecer... porque aquilo é um ser que tava dentro de nós, a gente sabe mas a gente tá a aprender a amar fora daqui de dentro... eu acho que é contínuo.”*

Figura 18 – Diagrama da categoria conquista do papel maternal



Nos dias que correm, muitas são as mulheres que só vão ter a oportunidade de pegar pela primeira vez em um bebê, quando têm o seu próprio filho. Para além disso, dado aos elevados índices migratórios que se vive no mundo, a que Portugal não é alheio, muitas não têm ninguém de família para as ajudar, fruto do distanciamento que têm das suas terras natais. Há, também, as que acham que têm de ser, desde o dia 1, completamente autónomas e que são capazes de dar conta do recado sozinhas. Evidentemente que estas situações individuais não se esgotam nas descritas, todavia parece ser indiscutível que a solidariedade familiar tem vindo, ela própria, a sofrer alterações, coincidentes com as modificações sociais que a sociedade tem vindo a assistir. Culturalmente ainda se cultiva muito a ideia de que as mulheres têm um instinto e estão prontas para serem mães, como se fossem programadas geneticamente. No entanto, não é assim! Dado às elevadas expectativas que são depositadas na mulher, muitas acabam **Sentindo-se incompetente para cuidar do bebé**. Por se sentirem pressionadas a assumir os cuidados ao bebé, acontece, frequentemente, manifestações de sentimentos de culpa e incompetência, quando se apercebem que não são capazes de dar conta do recado e que necessitam de apoio, como nos refere Gabriela “(...) *queria estar fisicamente e psicologicamente 100% bem para ser capaz de fazer tudo*”. Mas a este propósito, também Octávia refere “*Eu sinto que estou a dar em doida e não tenho nada nem ninguém que me ajude... sinto-me incapaz de dar resposta a todas as necessidades dele e da casa...*” Muitas vezes esse sentimento vê-se agravado com comentários e conflitos que surgem entre o casal, em que o marido acaba por acusar a mulher por determinado comportamento e que ele interpreta como negligente. Essas situações acabam por desencadear na mulher sentimentos contraditórios de raiva por um lado, mas por outro de frustração e mágoa. Gabriela, a chorar, descreve uma situação que aconteceu consigo, admitindo que não estava a conseguir lidar com a pressão exercida pelo marido, afirmando que ele é o principal responsável por ela se sentir incompetente:

“uma vez esqueci-me de dar uns pingos²⁷ para as cólicas e ele fez um problemão, porque esqueci-me de dar um pingo na altura e eu achei um tamanho disparate. Porque é a tal coisa: quando uma mãe sai da maternidade vai fazer uma análise de onde errou, e por qualquer coisa a gente chora, qualquer coisa que a pessoa não se sente bem a gente chora e eu chorei bastante na altura, porque ele fez-me sentir incompetente. Ele é que me tava a fazer sentir assim.” (Gabriela).

Na mesma linha de pensamento, Octávia refere que sente não poder falar sobre os seus sentimentos com o marido, porque ele os desvaloriza, o que desencadeia nela um sentimento de incompreensão

“Se eu falo sobre este sentimento de incompetência que sinto com o meu marido, ele fica chateado, porque acha que eu não posso sentir-me desta forma porque fomos abençoados por Deus por termos tido a oportunidade de saber o que é ser pais. Eu também acho que fomos, mas acho que de nós dois ele foi mais abençoado do que eu, porque afinal ele fica com a parte mais divertida: brincar, e eu com a mais complicada: tudo o resto” (Octávia)

Todavia, não poucas as vezes, a mulher reconhece que necessita de apoio, em especial em um estadio mais avançado, elegendo as mães/sogra ou irmãs/cunhadas como seu braço direito, pela confiança e, claro, a intimidade estabelecida e a identificação de papel. Do companheiro esperam igualmente apoio, em especial no que diz respeito à mudança de fraldas, dar o banho, ajudando nas tarefas domésticas. Necessitam, em especial, que não façam julgamentos precipitados, como o ilustrado anteriormente pela Octávia. Estes comportamentos poderão ter interferência na qualidade da relação conjugal e parece estar associada à ansiedade e à eficácia no papel parental. Também é influenciada negativamente por níveis eminentes de ambivalência. Decorrente deste sentimento de incompetência, surge o de insegurança no que respeita aos cuidados a ministrar aos bebés. **Sentindo dúvidas para o exercício eficaz da maternidade**, deriva da reavaliação e reestruturação da própria identidade, da integração do papel, função e significado de ser mãe. É impossível estar-se completamente preparado para a parentalidade, pelos sentimentos iniciais de fragilidade, dependência e dificuldade de compreensão do novo ser, que coexistem com sentimentos de felicidade plena, mas que colocam a mulher em dúvida se será capaz de exercer a

²⁷ No léxico micalense, *pingos* significa gotas medicamentosas.

maternidade de forma eficaz, *“há sempre aquela insegurança, aquele receio, aquele medo, “será que vou ser capaz de cuidar dela?”* (Maura).

A mulher experimenta sentimentos de inadequada preparação e competência nos cuidados à criança e o sentimento de estar capaz, a nova organização, pode durar de meses a anos. A diferença que reside, a partir de determinado ponto, ainda que impreciso do ponto de vista temporal, é o de reconhecerem que conseguirão ultrapassar as dificuldades da maternidade, sabendo de antemão que este é um processo construtivo, de acordo com as próprias necessidades dos filhos ao longo do tempo, *“Claro que há sempre aquela insegurança para cuidar da menina, mas nada que não esteja a ser ultrapassado... o tempo ditará a nossa evolução enquanto mãe e filha!”* (Dina).

Por vezes esses sentimentos de inadequação são suficientes para as mulheres questionarem as suas próprias competências, questionando se serão boas mães ou não *“E é complicado! Às vezes sinto que não dou a atenção que devia dar a ele ... e depois ponho-me a pensar: Será que sou boa mãe?”* (Cláudia).

Neste enquadramento, não parece difícil perceber que, mais do que as competências cuidativas e relacionais, o que é questionado é a própria autoestima, levando a que a mulher confronte o seu *self* real com o *self* ideal ou expectável. A verdade é que a autoestima não varia em função das circunstâncias, mas sim em função de mudança de vida, sendo que os novos papéis sociais são das situações que mais condicionam os indivíduos a assumir maior autonomia e responsabilidade, influenciando negativamente no caso de se manifestar sentimentos de incompetência, ou de avaliações negativas. O que pode minorar estes sentimentos é o facto da mulher **ir sentindo um amor incondicional pelo seu filho.**

Ter um filho é uma experiência que ensina na prática o que é dar prioridade a outra pessoa, colocando-nos em segundo plano, de tal modo que aquele pequeno ser que depende tanto de nós, tem a capacidade de fazer-nos depender tanto dele, como refere a Hélia *“só basta o sorriso dele para mim! Eu já ganhei o dia, eu sinto-me melhor (...), mas se eu saio de casa e deixo-o, vou sempre com aquela preocupação de querer estar com*

ela... não consigo estar muito tempo longe dele". Das transformações que a mulher assiste, a maior é a de sentir um amor incondicional, que, até então, nunca tinha sido experienciado e que não se baseia, apenas, na sua construção social, ainda que seja feita a construção e reconstrução do seu significado. Os receios experienciados, as emoções vivenciadas e os sentimentos no exercício da parentalidade vividos, são exercícios necessários a uma entrega total ao bebé, para que se dê a incorporação do papel parental. O elo que é estabelecido entre mães e bebés, é uma das ligações mais fortes da natureza, daí que a mulher, ao assumir-se e ao ver-se como progenitora ainda no puerpério, está a comprometer-se com o facto de querer embarcar em um processo de aprendizagem voluntário, com o objetivo primordial de se tornar mãe que ama, que cuida, que está sempre presente e que pretende atingir o melhor nível de competência que conseguir. Esta reestruturação cognitiva ocorre quando a mulher apreende os estímulos/sinais do bebé e se ajusta à nova realidade, sinal de que transitou para a parentalidade da forma mais adequada que lhe foi possível, apontando para uma nova etapa de normalidade, que se caracteriza por começar a se estruturar como mãe cuidadora, ajustando-se a si, à família e a outros contextos de vida, tendo em vista as suas experiências passadas e os seus objetivos futuros. Este facto pode ser constatado pela afirmação de Octávia ao dizer que a filha *"é a minha maior alegria neste momento, se não fosse ela não sei do que seria. É impressionante, mas já não consigo imaginar a minha vida sem ela."* Esta afirmação é corroborada por Lara ao referir que *"sinto-me muito feliz por a ter na minha vida. Não consigo imaginar a minha vida prévia à sua existência"*.

Reconhecendo estar emocionalmente perturbada, é o modo como as mulheres se sentem perante a chegada de um filho. Sendo a transição para a parentalidade uma transição desenvolvimental, o facto de não estarem nem se sentirem preparadas para lidarem com as emoções e cuidados exigidos neste período, conduz à inadequação no desempenho de papel, *"eu bem que digo ao meu marido que não! Que estou bem!, mas a verdade*

é que não estou... eu estou emocionalmente desgastada, perturbada... não me sinto preparada para ser novamente mãe!" (Eva).

Ainda assim, à medida que vão vivenciando esta experiência, a inabilidade vai dando lugar ao sentimento de competência, de amor, carinho, afeto, embora se sintam *"(...) com a cabeça fragilizada, cansada, esgotada..."* (Bruna).

Esta fragilidade faz-se sentir de tal forma que a mulher acaba por perceber a chegada do filho como um acontecimento que a deixa sem tempo. **Sentindo-se assoberbada pela chegada do bebê** surge, então, o sentimento de inaptidão, por sentir que acaba por não ter tempo para mais nada, a não ser para o bebê *"(...) é o bebê, o bebê e pouco mais... não tenho tempo pra mais nada, nem para mim!"* (Aurora). Embora a mulher possa sentir-se motivada para a maternidade, o confronto com a realidade exige-lhe sempre a capacidade de se estabelecer novas rotinas, obrigando, igualmente, a capacidade de reorganizar-se, no sentido de arranjar novas estratégias de enfrentamento, esforçando-se para dominar o seu novo papel e para atingir novos níveis de desenvolvimento e competência.

"Sempre quis ser mãe, mas nunca pensei que iria ser assim! Acho que nunca estamos preparadas para abdicarmos de nós e centrar a nossa atenção apenas neles... Mas pronto vamos sempre tentando fazer o nosso melhor! Adaptando daqui e melhorando ali." (Dina)

Independentemente de um filho ser ou não desejado, da gravidez ser planeada ou não, ou de estar feliz ou triste aquando do nascimento de um filho, existem sempre dificuldades que surgem no assumir do papel de mãe, não só por via da prestação de cuidados, mas também pelo próprio exercício da maternidade. As dificuldades que surgem têm de ser ultrapassadas, superadas para que seja alcançada a maternidade na sua plenitude, transitando-se de uma forma adequada para a parentalidade. **Sentindo-se cansada e extenuada** pode ser entendido, simultaneamente, como causa das dificuldades apresentadas e como seu resultado. Efetivamente, o ciclo estabelecido entre o sentir-se cansada e extenuada e as dificuldades sentidas, parece favorecer o surgimento de sintomatologia depressiva, isto porque, por um lado, a indisponibilidade mental para a aprendizagem encontra-se comprometida, não só por não dormirem

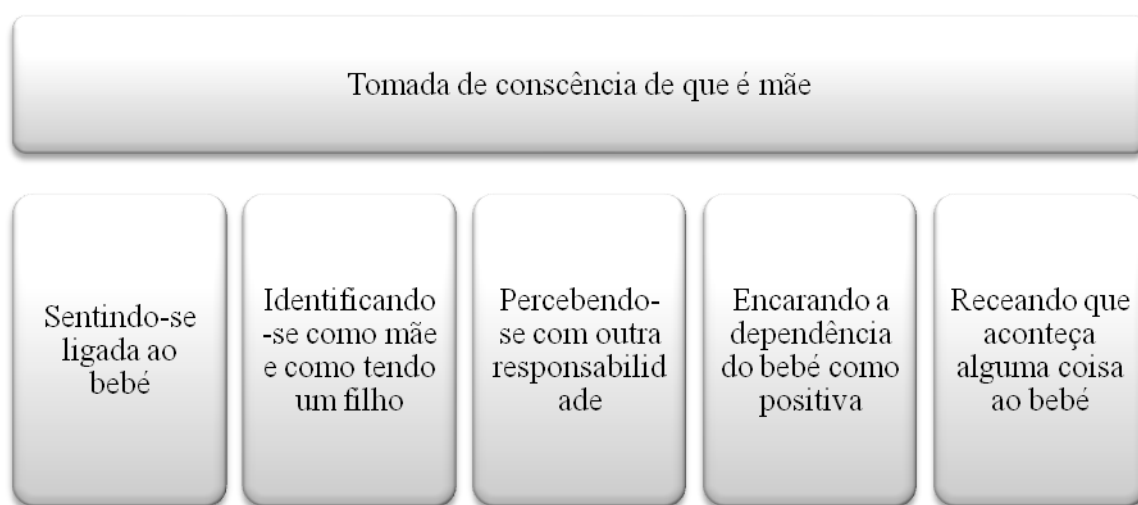
convenientemente, mas também por apresentarem o seu ritmo biológico alterado, conduzindo a um esforço suplementar, para que se atinja a capacitação. Todavia, quanto maior o esforço, maior a sensação de cansaço e extenuação.

“Precisava de me deitar e dormir uma semana, sem ninguém para me acordar, sem barulho, sem nada! Só dormir e descansar! Acho que melhorava... sem ter responsabilidades nenhuma.” (Nina)

“Super cansada fisicamente e psicologicamente também... fisicamente e psicologicamente também. Porque não é só o físico, (...) E depois a nível psicológico, quer dizer isso anda aqui tudo mesmo muito equilibrado (...) eu queria que ele fosse um bocadinho mais calma... sinto-me extenuada.” (Iva)

Na verdade, denota-se que a **TOMADA DE CONSCIÊNCIA DE QUE É MÃE** (figura 19) é uma das estratégias que mais parece influenciar a avaliação que as fazem da sua competência parental. Referem que mais do que ser, há que se sentir mãe, há que se tomar consciência de que se é mãe *“não basta que nos digam. Vais ser mãe!... É preciso mais do que isso. É preciso sentir...sentir aqui dentro que vais ser mãe e que queres ser mãe!”* (Dina). Este é um processo complexo, consciente e, por vezes, inconsciente, designado por processo de transição para a parentalidade, que se revela importante para que o bebé seja acolhido como mais um membro na família.

Figura 19 – Diagrama da categoria Tomada de consciência de que é mãe



O despertar para a realidade de ser-se mãe, não ocorre de forma idêntica para todas as mulheres. É inevitável para a grávida, que pense ou fale sobre o assunto da chegada do bebê ao cônjuge ou a outras pessoas significativas, porém é na confrontação com o bebê real que este processo tem o seu maior desenvolvimento. A mulher se já na gravidez sentiu uma ligação com o bebê, com o seu nascimento passa a sentir-se ligada ao filho, dando origem à subcategoria **Sentindo-se ligada ao bebê**. Esta ligação ocorre aquando do primeiro toque, do primeiro choro do bebê, quando ocorre a observação das suas características, neste momento, dá-se início ao percurso de transição para o papel parental, que exige, da parte da mulher, autodeterminação e motivação para superar o processo de ajustamento e adaptação requerido por tal mudança, bem como força interna para a afiliação e a consciência interna, com enriquecimento do autoconceito e identificação pessoal

“Já antes na gravidez a gente falava sobre isso... Mas, pronto, depois nasceu o miúdo e eu fiquei contente e também fiquei nervosa, porque foi quando me apercebi da responsabilidade que eu tinha, eu era Mãe!” (Bruna)

“Mal ele nasceu levaram logo para o pesar, só depois quando já estava vestidinho e tudo é que o me deram. Eu gostava de ter tido ele em contacto comigo pele a pele, mas é agora que penso nisso. Naquela hora a gente pensa em tudo menos nisso. Pensa se ele tá bem, se não tem defeitos, se está com saúde, pensa que agora sim! Agora tenho um filho. Só depois é que a gente pensa nessas coisas...” (Iva)

“(...) quando ela nasceu foi maravilhoso... ela nasceu bem e a enfermeira que fez o parto deu-ma para eu pegar e foi muito bom... foi uma emoção muito grande, eu só chorava e dizia “A minha filha! A minha filha!”. Depois levaram-na para cuidar dela... de pesar, limpar vestir... eu não queria, mas tinha de ser e são coisas que temos de compreender.” (Lara)

Esta ligação ocorre também em virtude dos sentimentos e emoções experienciadas com o nascimento do bebê, que se caracterizam por felicidade, preocupação e sentimento de proteção. Para além desses sentimentos, a mulher vai experienciando outros, no decorrer quer da gravidez quer do puerpério, que já foram sendo explanados ao longo dos constructos anteriores. É estratégia das mulheres, para se sentirem igualmente ligadas ao seu filho, estabelecer um diálogo com o recém-nascido, expressando sentimentos, atribuindo-lhe adjetivos, em um monólogo repleto de emoção e amor, que conduz a que a mulher o

aprecie de forma distinta e se familiarize com o seu bebé real. Se é normal que a seguir ao parto a mãe sinta emoções tais como irritabilidade, choro fácil e melancolia e que, no caso específico deste estudo, se prolongou pelo puerpério tardio, também parece ser normal coexistir outros, como a alegria pelo nascimento do bebé e a preocupação com o seu estado de saúde e com os cuidados a prestar, numa dualidade nunca fácil de definir e estabelecer.

Identificando-se como mãe/como tendo um filho, pretende transmitir outra estratégia utilizada pela mulher para o estabelecimento da parentalidade. Nesta, o facto de se ser primípara ou múltipara determina algumas diferenças. Se, por um lado as múltiparas já se entendem como mães, por já terem outro(s) filhos, nas primíparas a situação é distinta. Deixar de ser filha para passar a assumir o papel de mãe, pode ser uma tarefa conflituante que exige redefinição de papel e adaptação,

“(...) é diferente! Às vezes ainda me faz confusão! Sou mãe! Sou MÃE... tenho uma mãe e sou mãe?! Claro que há sempre aquela insegurança para cuidar da menina, mas nada que não esteja a ser ultrapassado... o tempo ditará a nossa evolução enquanto mãe e filha!” (Gabriela)

O mesmo acontece com as múltiparas que também se questionam acerca de como será a sua vida com mais um filho, necessitando de igual modo de integrá-lo.

“(...) mais um filho. Pronto eu já sei o que é ser mãe, mas às vezes eu ponho-me a pensar: Mais um! Como é que vai ser? Será que vou gostar de igual como gosto dos outros?” (Hélia)

Surgem dúvidas, incerteza e questões para as quais nem sempre existem resposta, no entanto, progressivamente a mulher vai aprendendo a lidar dia após dia com esta situação, compreendendo que assim será toda a vida, que faz parte do processo de se tornar mães o que permite que se identifiquem como mães e como tendo um filho.

“Passado esse tempo todo, já não me faz confusão! No início fazia-me como... especialmente quando me chamavam de mãe. Não gostava nada! Até parece que era mãe de quem me chamava. Eu não me identificava como mãe da minha filha. Agora é diferente sou mãe, mas só dela (risos)!” (Gabriela)

“Agora é um amor incondicional... antes eu pensava em coisas tolas, se ia gostar mais dos outros e assim, mas agora vejo que são coisas tolas sem sentido. Conforme passa o tempo parece que gosto mais ainda deles, mas todos por igual.” (Hélia)

Percebendo-se com outra responsabilidade, surge na sequência da mulher se identificar como mãe. O nascimento de um filho marca uma nova etapa na sua vida, o que implica uma mudança de perspetiva, de reorganização familiar e um aumento da responsabilidade. Numa fase mais tardia do puerpério, a mulher assume que quanto mais tempo passa, mais ela se sente responsável pela criança, associando esse facto à maior interação que existe entre eles e a uma maior consciência de que não existe

“nem receitas nem treinos especiais para que nos tornemos as mães perfeitas... é no dia-a-dia que vamos aprendendo a ser mães e a lidar com a grande responsabilidade que isso representa.” (Juliana)

“Quanto mais tempo passa, mais mãe eu me sinto! Acho que isso também tem muito a ver com ele... ele agora também vai reagindo mais a nós e isso vai também despertando na gente um... um sentimento diferente... uma... uma responsabilidade diferente.” (Aurora)

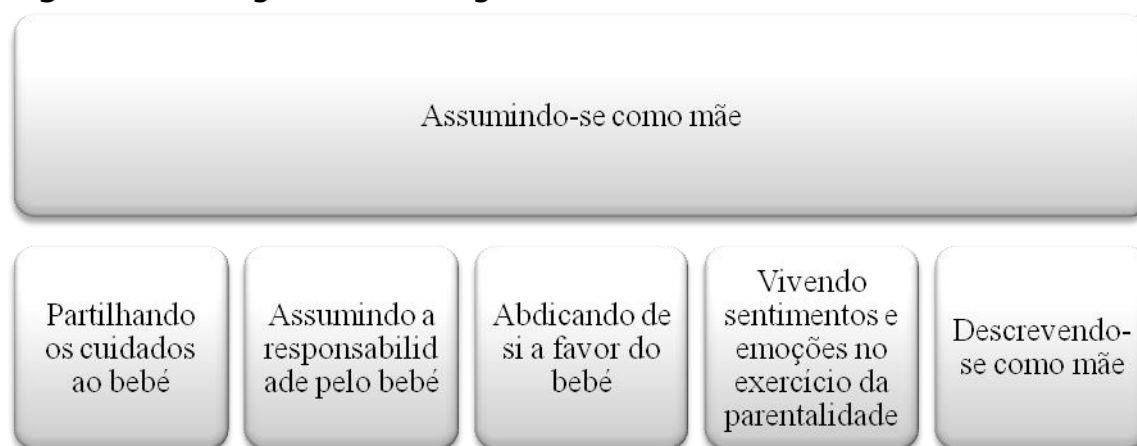
Concomitantemente com o aumento da responsabilidade, a mulher vai **Encarando a dependência do bebé como positiva**, ainda que vá ficando progressivamente mais **Receando que aconteça alguma coisa ao bebé**. Relativamente ao primeiro aspeto, as mulheres referem que é o próprio sentimento de que os bebés dependem delas, que faz com que se sintam *“(...) mais ligadas a eles, daí que eu seja mais protetora... Mais “mãe galinha”!*” (Octávia), defendendo, por isso, ser *“(...) importante que assim seja! Se não fosse assim, então se calhar a gente não se sentia tão maternais. Tem de haver aquela coisa... aquela dependência!”* (Nina). Na mesma medida, esta responsabilidade, esta dependência faz aumentar o receio de acontecer alguma coisa com o seu filho, encarando este sentimento com uma ligação forte que estabeleceu com o seu filho *“Tenho medo que lhe aconteça alguma coisa... de vez em quando eu levanto-me de noite só para ver se ele está a respirar! Isso quer dizer que gosto dele, não é?”* (Bruna). Este receio vai diminuindo, conforme vai ganhando maior confiança nas rotinas do bebé, nomeadamente com alimentação, higiene e sono *“Já não é como há dois meses atrás! Agora já consigo ficar mais*

calma, já sei cuidar dele... há sempre aquele receio, mas acho que é mesmo assim!" (Aurora).

Esta calma que vai sendo adquirida ao longo do tempo está relacionada com a capacidade que a mulher vai adquirindo de perceber quais as necessidades do seu bebé, percebendo-se, ela própria, como mais confiante e com menos dúvidas, conhecendo melhor o seu filho, manifestando-se menos preocupada com a vulnerabilidade dele. Contribui, também para este facto, a partilha da responsabilidade de cuidar do bebé com outras pessoas.

Este amor incondicional vivenciado pela mulher contribui para que ela se **ASSUMA COMO MÃE** (Figura 20). Nesta experiência de transformação, as mulheres experimentam sentimentos e representações que definem a sua participação na experiência parental. As mulheres descrevem-se com frases que deslizam para o que é tradicionalmente aceite como modelo de uma boa mãe.

Figura 20 – Diagrama da categoria Assumindo-se como mãe



Ao analisar o seu papel como mãe, as mulheres acabam por admitir que se sentem bem pela opção tomada de se tornarem mães, havendo mesmo quem afirme que acha “(...) *que nasci para ser mãe e não para ser mulher e companheira de alguém, eu tenho o dom e gosto muito de crianças, a minha adoração é uma criança.*” (Hélia). Nos primeiros dias pós-parto, confessam haver alguma insegurança e dificuldade na prestação de cuidados. Como foi descrito na categoria Dificuldades sentidas do

constructo condição causal – reconhecendo um período de incógnita e de ansiedade, as puérperas falam do aparecimento de dificuldades, dúvidas e medo na realização dos cuidados com o bebê, sendo as principais dificuldades relacionadas com o banho, mudança de fralda, cuidados com o coto umbilical e identificação dos motivos do choro. Frente a tais dificuldades, as participantes sentem-se nervosas, preocupadas e inseguras. Com o passar do tempo e com o adquirir de novos conhecimentos e habilidades, as mulheres acabam sentindo-se mais preparadas e seguras, encarando-se como sendo *“uma mãe realizada, sinto-me uma boa mãe (...)”* (Maura).

O assumir-se como mãe implica que se sintam o suficientemente confiantes ao ponto de confiar em uma terceira pessoa, de forma a poderem delegar a responsabilidade de prestar os cuidados ao seu bebê, mas também partilhar para adquirirem algum tempo para si. **Partilhando os cuidados ao bebê**, significa ter a certeza que ele será tão bem cuidado pelos outros, como seria por si. No puerpério imediato e recente as puérperas apresentam dúvidas e dificuldades para cuidar do bebê, como já debatido anteriormente. Com o intuito de superar o desafio de cuidar delas próprias e dos seus filhos, adquirem conhecimentos e habilidades, principalmente com a prática diária ou por meio de orientações de familiares/profissionais de saúde

“Tenho apoio da minha mãe e da minha sogra (...) Ela é como uma mãe, não tenho que dizer, tá sempre pronta para me ajudar. Mas mesmo morando mais longe, o meu sogro ou os meus cunhados num instante vêm buscar essa ou eu vou para cima” (Iva)

“Vale muito a enfermeira do Centro de Saúde: excelente, muito amiga muito atenta e compreensiva... ele sabe toda a minha história e sempre me ajudou muito, quanto mais não seja só a ouvir eu a desabafar...” (Aurora)

Com o passar do tempo elas próprias vão estabelecendo o modo como consideram adequada a forma de cuidar do seu bebê, transmitindo a quem eventualmente colabore com ela nos cuidados, o modo como desejam que seja feito *“eu digo como é que ela está acostumada e as orientações todas e a minha irmã fica com ela. Mas tem de ser como eu digo...”* (Fernanda). *“Eu confiar, eu confio! Em especial nas avós, afinal de contas elas criaram-nos, mas elas são teimosas... estão sempre a dizer “faz assim e faz*

assado...” (Dina). Clarificando por que razão necessitam de ajuda, Octávia refere que

“(...) é preciosa a ajuda, lá isso é! Quando preciso de ir ao médico ou comprar alguma coisa, sair ou simplesmente descansar um pouco a cabeça, sei que tenha eles disponíveis para cuidarem dele. Acho que, para eles, até é um favor que lhes faço!” (Octávia).

Todavia, o apoio de que necessitam não se restringe aos cuidados com o bebé que nasceu. Também o apoio com outros filhos ou com as tarefas domésticas é apreciado e salientado

“Quem me apoia muito são os meus filhos (...) o meu pai enquanto tava cá também me apoiava muito, mas agora longe... ele sempre apoia quando fala comigo, dando-me força, mas quase sempre eu acabo brigando come ele! Não é fácil esta distância. Apesar da minha mãe ser complicada, ela ajuda-me!” (Hélia)

Esta ajuda, permite às mulheres ficarem mais disponíveis para irem **Assumindo a responsabilidade pelo bebé**, mesmo porque as diretrizes que fornecem para os cuidados a ministrar-lhes, são sinónimo do domínio que já possuem sobre o *self*, de tendo integrado o processo de aprendizagem que entendem ser a maternidade, de forma a poder ser uma mãe competente, que ama, cuida e está sempre presente, *“porque afinal de contas a mãe sou eu e eu é que sei o que é melhor para ele. Sou eu quem lhe dá o banho, sou eu quem lhe dá o leite, sou eu quem decido qual a roupa que ele vai vestir... a responsabilidade é minha e o meu marido ajuda-me!”*, retorque Aurora vincando que assumiu os cuidados pelo seu filho. No entanto, a mesma participante reivindica que *“esta é a forma mais simples de se assumir a responsabilidade... difícil mesmo é o resto: em termos emocionais e afetivos!”*. O desenvolvimento emocional e afetivo é uma das principais funções dos pais, não bastando dar resposta às necessidades físicas dos bebés. Com efeito, cabe aos pais responsabilizarem-se pela estruturação de um vínculo afetivo que garanta a proteção ao bebé, repleto de cuidados, carinho e amor o suficiente para que o núcleo da sua identidade e personalidade comece, desde cedo, a se expressar e estruturar. Enquanto os cuidados básicos podem ser transferidos para outras pessoas que não os pais, essa responsabilidade não deve ser transferida, pois esta é uma oportunidade única para que

estabeleçam um bom vínculo com seus filhos, que sendo transferida, pode acarretar perdas afetivas insubstituíveis para a criança.

Ainda assim, ainda que inconscientemente, são as mulheres que acabam por se assumir como as cuidadoras principais dos seus filhos, manifestando a sua vontade de partilhar a responsabilidade, como forma de se poderem equilibrar emocionalmente

“Fico descansada porque tenho um marido, que caminha lado a lado comigo neste percurso. Para mim é reconfortante. Se ele fosse o tradicional homem seria muito mais difícil... mas também ia pôr ele na linha, de certeza absoluta, ia ensiná-lo... porque eu não fiz a rapariga sozinha. Mas assim é muito mais fácil, ter com quem partilhar. Posso equilibrar os meus sentimentos, o meu interior...” (Gabriela).

“Felizmente tenho possibilidade de deixar o meu pequeno com a minha sogra. Faz toda a diferença! Posso sempre dar um passeio... olha ir às compras! E vou descansada que sei que está bem.” (Bruna).

Todavia, o facto de reconhecerem que é importante haver quem possa assumir os cuidados ao bebé, de forma temporária, não deixa de reivindicar a responsabilidade a si, mesmo que o marido seja a pessoa que as substitua. Neste caso, o reconhecimento de que o bem-estar dos maridos deverá ser preservado, por já terem reiniciado a sua atividade profissional, serve de mote para reivindicarem a responsabilidade sobre os bebés *“Não que ele não me ajude, mas porque sai para trabalhar... e de uma forma ou de outra ele sempre se distrai e pode partilhar com os outros os seus sentimentos, as suas inquietações... eu não! Sou eu quem assume a responsabilidade pelo bebé.”* (Dina).

Com a citação anterior fica claro que as mulheres interpretam o assumir da responsabilidade do bebé, como **Abdicando de si a favor do bebé**, como se tivesse de abdicar da sua individualidade, de todas as suas ambições de forma a exercer apenas a função de mãe. Esta premissa deriva diretamente da construção social que se faz em torno do estereótipo da maternidade. Da mãe espera-se tudo: que seja um exemplo para o seu filho, passando a viver em função dele, que seja capaz de educá-lo transmitindo valores e princípios, que seja capaz de dar resposta a todos os problemas deles, tornando-se, deste modo, psicóloga, enfermeira, trabalhadora, cozinheira, geradora de felicidade e de bem-estar, entre outras tarefas

“O meu marido diz isto, que eu tento ser pai e mãe para os meus filhos, ele fica zangado! Às vezes eu sinto que me esqueço em função deles” (Cláudia).

“Mas hoje em dia ainda é confuso, a minha vida é eles... eu vivo em função do que eles precisam.” (Aurora).

Vivendo sentimentos e emoções no exercício da parentalidade é uma subcategoria que procura transmitir o profundo envolvimento emocional e sentimental que as mulheres desenvolvem com os seus filhos, manifestando apego, estabelecendo uma relação muito forte, como se fossem parte de si mesmas. Saliente-se que, por vezes, esses sentimentos são contraditórios, manifestando-se felicidade, orgulho, satisfação, por um lado, mas por outro, tristeza, receio, sofrimento, solidão e medo.

As mães experienciam sentimentos e emoções negativas de preocupação pela situação de saúde do bebé, se ele apresenta alguma alteração que não se encaixa no padrão que elas interiorizaram como sendo normal

“O que me preocupa é aquele sinal que ele tem ali e o não comer bem. (...) ele já tem, vai fazer 4 meses, já era para beber um biberão grande e ele tá ainda bebendo o biberão pequenino” (Cláudia).

“Mas depois fico muito preocupada com ele, quando ele tá com febre eu fico com receio e digo que a culpa é minha.” (Aurora).

O sentimento de preocupação associa-se, muitas vezes ao de impotência e insegurança

“Mal durmo com medo que ela deixe de respirar, que bolse e se engasgue, que fique com febre, doente. Se está a beber muito é porque está cheia de sede e pode estar desidratada, se é porque bebe pouco é porque está com fastio e vai emagrecer... é uma impotência e insegurança constantes que sinto!” (Fernanda).

Todavia, a preocupação foi uma constante em todo o ciclo gravídico-puerperal, relacionada com a situação financeira, bem como com as despesas que a chegada de um filho representa:

“Quando eu engravidei sentia-me preocupada achei que a minha vida ia ser mais complicada tanto financeira, como faz de tudo. E agora também não está a ser fácil em termos de dinheiro... e isso preocupa-me muito” (Lara).

“Essa gravidez foi muito diferente das outras (...) nas outras eu era mais nova, tinha mais sangue na guelra! Tinha mais paciência, a verdade é que há idades mais certas para se ter filhos... isso já não era para mim. Começar tudo de novo: as fraldas, os biberões, o tirara a fralda, o andar, as noites, a escola e por aí a fora... é começar tudo de novo!” (Nina)

“É complicado roupas, calçado tudo, é complicado é muito complicado... e agora nesta fase é que me mete mais preocupada, mas também ansiosa e triste” (Maura)

Fernanda admite que, durante o trabalho de parto e parto, a decisão do tipo de parto foi o que mais a abalou. Com a expectativa de ter um parto eutócico, devido às boas experiências que tinha tido anteriormente, Fernanda confessa que queria

“(...) um parto normal, que é o que eu queria. Eu não queria uma cesariana, fiquei triste, mas teve que ser porque ela não queria descer mais, e só faltava dois dedos de dilatação. Ela tava bem, mas eles acharam melhor, por ser pequenina.”

Manifesta, na sequência da sua conversa, angústia e remorso por saber por qual a razão da sua filha ser pequena e não ter forma de controlar a falta de condições que tem

“(...) ela não tinha peso nem tamanho suficiente... mas isso era porque eu não comia, mas eles não sabiam disso (chora)... e eu choro porque me magoa, porque às vezes eu mal consigo ter dinheiro para elas comerem isso angustia-me muito e o pior é eu não saber o que fazer.” (Fernanda).

Acrescente-se que o sentimento de tristeza é, por ventura, aquele que mais se manifesta na mulher e que se relaciona com diferentes motivos. Ao longo da gravidez manifesta-se geralmente, como refere Maura, devido à diminuição do poder de compra, não tendo condições para fazer face às necessidades de se ter um filho. No entanto, as relações familiares conflituosas são outro motivo que promove nas mulheres o sentimento de tristeza, devido à falta de apoio que daí advém

“Vivi a minha gravidez muito triste. (...) eu senti muito a falta da minha mãe. Não era nada que eu não contasse, porque ela sempre foi muito desligada.” (Aurora)

“Eu fui desprezada pelos meus pais. Eles tentaram separar-me do meu marido. Inventaram que eu tava tendo casos com outros homens²⁸ e sempre a jogar o meu marido contra mim... isso já há 8 anos e desde aí nunca mais eu tive relação com eles (...) Foi uma gravidez complicada por causa dela...” (Cláudia).

“A minha gravidez podia ter sido mais feliz, mas por causa dela foi muito triste, mas conhecendo a minha mãe como eu conhecia não esperava outra coisa, não esperava compreensão nem nenhum apoio” (Aurora).

Para Iva e para Hélia, a fonte da sua tristeza reside na falta de apoio do marido/companheiro. Ao longo da gravidez Iva sentiu-se triste devido ao marido *“(...) dizer que queria uma aborto. Pôs-me um bocadinho triste... por ele querer o aborto.”*, tendo ponderado, inclusive, separar-se dele caso

²⁸ No léxico micaelense *hômes* significa homens. No contexto que é utilizado, refere-se a amantes.

insistisse nessa possibilidade. No puerpério, Iva assume sentir-se triste por não ter o apoio do cônjuge em casa, uma vez que “(...) *aconteceu uma coisa grave com o meu marido, porque ele foi preso.*” Hélia justifica a sua tristeza pela mesma razão, ou seja, pela falta de apoio do companheiro, já que “(...) *ele está a viver nas Flores²⁹ e eu estou sozinha com os meus filhos, comecei entrar já se sabe nas depressões e... mas é a vida. Aliás ele é das Flores.*” Lara, no mesmo sentido, refere sentir a falta do apoio do marido

“(...) eu gostaria que ele me desse mais apoio, mais atenção a mim e ao bebé principalmente. E é isso que me deixa às vezes mais triste... isso é o facto de ter uma relação conflituosa com a família do meu marido por ele ser menino da mamã. Sinto-me cansada.”

O cansaço é, de resto, um aspeto comum no puerpério, em especial naquelas mulheres que não dispõem de apoio. No entanto, esse cansaço, como no caso da Lara, não se prende só com os cuidados que são prestados ao bebé prende-se também “*com as brigas e pelejas que tenho com ele e com a mãe dele e com a família*”, ponderando, até mesmo, separar-se “*Agora o meu futuro com eles, eu não sei! Vejo um bocado confuso... vai fazer 3 anos que estamos casados e foi sempre assim! Com altos e baixos, mas com mais baixos do que altos... até o dia que vai acabar!*”.

Ser mãe é encarada como uma tarefa extenuante, que causa nervosismo e incerteza como refere Dina “*Cansa muito! Ser mãe? É não ter tempo para nada, andar com os nervos sempre à flor da pele e nunca saber o que vem a seguir. Isso é que é ser mãe.*”

A aflição e frustração são outros sentimentos que se instalam nas mães quando surge alguma situação anormal com o seu filho “*Eu fico muito aflita quando chora sem parar... aflige-me mesmo!*” (Eva), inclusive o próprio peso do bebé ao nascer é motivo para que se aflijam “*Tão pequenino, com 2,200kg e pouco. Afligia-me muito... e o banho? Eu nem quero lembrar!*” (Bruna). A angústia é outro sentimento vivenciado, como refere Cláudia “*Mas não sei... eu tou numa angústia sempre, e*

²⁹ Ilha que, em conjunto com a ilha do Corvo, constitui o Grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores. Em termos de curiosidade, é o ponto mais Ocidental da Europa, distando de São Miguel cerca de 519 KM.

constantemente eu estou assim. Eu penso em mim que se eu estivesse longe dela, que ia ser melhor, mas eu não sei”.

São então os sentimentos de tristeza, preocupação, cansaço e desânimo os sentimentos negativos mais frequentes e que se devem, essencialmente, à falta de

“(...) um futuro melhor (...) há situação do meu marido, depois o nascimento os meus filhos e isso de ser mãe, depois é essa solidão, o não ter apoio, os conflitos com a família... não tenho muitas razões para estar bem, não é verdade?” (Octávia).

No entanto, os ciclos gravídico-puerperais não se revestem apenas de sentimentos e emoções negativas. São vários os sentimentos positivos que perpassam esta fase. Na generalidade, estes sentimentos surgem em um estadio mais avançado da gravidez. Enquanto o choque e a surpresa iniciais são experimentados no primeiro trimestre, a aceitação e a felicidade da chegada de um novo ser, acontecem mais no segundo trimestre,

“Eu acabei por ter a gravidez que sempre desejei. Não foi durante toda a gravidez, mas em grande parte dela sim (...) no início não fiquei tão feliz como pensei que ficasse, mas mesmo assim gostei de estar grávida, de poder exhibir a barriga, do bebé a mexer, acho que até foi aí mesmo que senti que ia ser mãe.” (Dina).

Todavia, no puerpério, a felicidade também é vivida, ainda que coexistindo com sentimentos negativos. O antagonismo de sentimentos experimentado aquando desta fase é sentido, como confessam,

“Sinto-me extremamente realizada e feliz. É um misto de sentimentos uma coisa extraordinária...” (Fernanda)

“Se por um lado me sinto feliz, por outro eu sinto-me demasiado cansada e extenuada. Sinto-me feliz porque tenho uma menina e sou mãe, que sempre foi um sonho que estava adiado.” (Lara)

“Tou contente, mas ainda sinto aquela coisa... aquele remorso de que eu não aceitei a gravidez.” (Cláudia)

Paralelamente parece haver, assim que se descobre que se está grávida, uma ambivalência de sentimentos. Em pouco tempo são percorridos sentimentos que vão desde a esperança, passando pela realização pessoal e orgulho:

“Claro que depois de estar, está! Fica-se sempre com um sentimento de esperança que a gravidez corra bem, sem intercorrências e que se mantenha... confesso que

fiquei com esperança que... que não estivesse, mas ao mesmo tempo... eu não sei explicar, mas ao mesmo tempo eu queria!" (Nina)

"Primeira foi uma surpresa muito grande, mas depois senti-me realizada..." (Eva)

"Mas sentia-me bem por saber que ia ser mãe, muito feliz e orgulhosa!" (Bruna)

Progressivamente com o passar dos dias e avançando no puerpério, a ambivalência de sentimentos que é sentida, vai dando lugar à sua estabilização, passando a mulher a experienciar sentimentos generalizados de bem-estar com o bebé *"eu sinto-me bem, não se compara com antes..., a maternidade fez-me bem. Agora vejo que foi uma bênção divina."* (Nina).

Estes sentimentos positivos e essa sensação de bem-estar conduzem para que a mulher se veja e se considere como mãe, surgindo então a subcategoria **descrevendo-se como mãe**. Dado à paridade, existe diferenças na forma como se encaram neste papel. Enquanto quem já tenha sido mãe, tenha integrado o papel ainda na gravidez, as primíparas confessam que o sentimento não surge tão rapidamente assim *"Não é aquela coisa... as mulheres dizem assim "ai quando eu tive o meu filho é logo aquela coisa... eu amo logo!"... eu acho que isso é mentira... eu acho que é!"* (Gabriela). Consideram que é uma construção diária e que o principal marco é mesmo o parto, como refere Maura *"O parto. O parto para mim foi o ponto de viragem... Se bem que já sentia que ia ser mãe... não sei explicar: eu sentia, mas não sentia! Só quando eu a vi é que percebi o que dizem!"*. A forma como tenta descrever, reflete bem a dificuldade que sente em desconstruir o conceito de maternidade.

Já no puerpério tardio, as mulheres, sem exceção, compreendem-se como mães. Sentem que a chegada do filho foi uma bênção, como ilustrado na subcategoria anterior, inclusive como sendo a razão pela qual se esforçam para reagir às alterações que as suas vidas têm sofrido. Adjetivam-se como mães galinha, numa alusão aos discursos de identidade social materna *"(...) eu quero é o bem dos meus filhos, eu não quero que ninguém os ofenda, eu não quero nada. Eu quero os meus filhos sempre bem, sempre no alto. A minha filha diz que eu sou muito mãe galinha..."* (Cláudia).

Descrevem-se ainda como preocupadas, felizes, realizadas no campo pessoal por terem aquele filho, mas também orgulhosas pela decisão de o terem tido “*No final, foi a melhor decisão que podia ter tomado e sinto-me orgulhosa disso! É para me sentir, não acha?*” refere Aurora à procura de aprovação. As descrições de boa mãe e as dificuldades em caracterizarem-se são grandes, mas na sua maioria, referem que não desejam as suas mães como modelo a ser seguido, fruto dos conflitos que vivem com elas

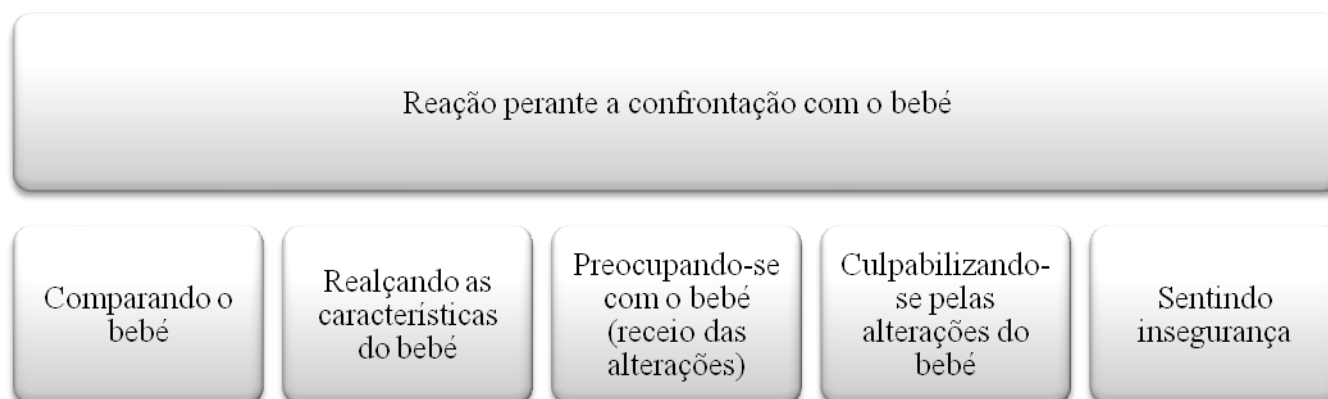
“(...) eu pensei que também não podia abortar, eu vou criar, mas de maneira a ser diferente da minha mãe. Eu quero ser a mãe que a minha não foi. Quero dar amor e carinho ao meu filho, que é o que eu nunca tive.” (Aurora).

“(...) ela é um pouco mazinha. E isso eu tenho um grande desgosto... ela é muito má, eu não sou assim! Sou filha de uma mulher muito má... Eu quero os meus filhos sempre bem, sempre no alto.” (Cláudia)

“Será diferente. Vou dar amor e carinho ao meu filho, quero criar lembranças felizes no meu filho para que ele se recorde com carinho a sua infância e da sua mãe e não como eu lembro a minha com mágoa.” (Nina)

No que se refere à categoria **REAÇÃO PERANTE A CONFRONTAÇÃO COM O BEBÉ** (Figura 21), procura transmitir a forma como a mulher reage quando se depara com o bebé real. Na verdade, a construção de um bebé imaginário dá a possibilidade à mãe de preparar a chegada do seu filho real, fazendo com que se aperceba que colocará outro ser no mundo, o que favorece o seu crescimento como mãe e mulher.

Figura 21 – Diagrama da categoria Reação perante a confrontação com o bebé



Todavia o bebé imaginário é composto por desejos e fantasias da mãe, havendo a necessidade da mulher materializar progressivamente a criança

que está por nascer, sendo fundamental que compreenda que é ao bebé que está por nascer que deve atribuir todo o seu carinho, devendo ser ele o objeto privilegiado do seu desejo. Porém, as discrepâncias entre o bebé imaginário e o real, podem ser consideráveis e podem estar na base de psicopatologias, por serem o oposto do que gostariam que fosse, sendo indispensável a reestruturação, aquando da interação mãe/filho, de acordo com as características do bebé que nasça, *“Eu tinha imaginado que ela era grande e gordo, que gostava de dormir e que bebia um biberão grande, cheio... veio um ao contrário! É sempre assim: a gente pensa de uma maneira e vem de outra! Mas meu rico filho³⁰!”* (Eva).

As mulheres quando falam do seu filho têm a tendência de o descrever, **comparando o bebé** com a de outros que fazem parte do seu ciclo social de relações.

Entendem-no como entidade separada do seu corpo, atribuindo-lhe características próprias, sem que, nos seus discursos, se perceba uma valorização das suas características, mas antes denotando-se atributos que gostariam que fossem os dos seus filhos e que *“Infelizmente não é assim! Era tão bom que ele fosse como o primo... ele (referindo-se ao primo) era só comer e dormir... esse não é assim! Só chora, só chora...”* (Octávia). O facto de os seus filhos não serem exatamente como os tinham imaginado, pode ser um fator desencadeante de angústia, preocupação e frustração, situações que predispõe para o desenvolvimento de DPP

“(...) eu pensava que ele fosse maior, loirinho como o pai. Eu queria que ele fosse loirinho como o pai... fiquei frustrada!” (Eva).

“(...) Eu sinto-me angustiada. Eu sinto que... eu queria que fosse mais de comer bem. Não come quase nada! E depois só chora, só chora. É para preocupar ou não é?” (Dina)

“Porque aos meus outros dois, eu dei de mamar, nunca tive problemas em dar de mamar... os miúdos paticamente aumentavam muito bem de peso, já com essa menina não (chora)! Com essa menina quando eu principiei dar de mamar não... Ela não aumentava o suficiente! Aumentava só gramas... praticamente 30 a 40 gramas por semana. Era uma angústia... Eu vinha pesá-la de semana a semana.”

Para além de compararem o seu bebé com o bebé imaginário e com outros de referência familiar, há também a necessidade da mulher vincar a

³⁰ No léxico micalense *Meu rico filho* refere-se a meu querido filho.

identidade do bebê, **Realçando as características do bebê**. Na verdade, as características que se referem ao âmbito emocional e psíquico são aquelas mais amplamente descritas e que lhes causa um certo desgaste “*É um menino difícil... parece que ele luta para dormir! Muito teimoso, e estica-se de génio... até tenho medo de quando ele crescer mais um pouco. Vai piorar...*” (Iva).

Por outro lado, o choro do bebê parece ser um fator que agrava a sintomatologia depressiva, fazendo com que se sinta assombrada e cansada

“*Não é uma criança fácil, chora muito! Chora, chora, chora... Os gritos dela retinam na minha cabeça... é uma criança muito diferente daquilo que estava habituada!*” (Nina).

“*Aquela criança, praticamente de manhã até a umas sete oito horas da noite ela absorve uma energia toda de uma pessoa. Não dorme! Ainda por cima tá numa fase dos dentes... é pior ainda. Ou seja, eu tenho que tá praticamente quase 24h sobre 24h com ela... entre eu e o pai!*” (Cláudia)

“*Ela é muito energética. Não é uma criança calminha é muito ativa, a gente tem que pegar nela e... ou deixa um bocadinho no berço. É uma criança que exige muito da gente, exige muito do pai e da mãe. Pegamos nela um bocadinho e vai de um lado para o outro!*” (Gabriela)

Preocupando-se com o bebê pode ser o fator responsável por a mulher não se sentir bem (receio das alterações). Neste caso, o ditado popular assenta de forma adequada *Se está mal é porque está mal. Se está bem, é porque está bem!* Numa eterna preocupação, as mulheres sentem-se apreensivas quando os seus filhos saem do seu padrão conhecido, começando a considerar explicações para tal acontecimento, desde doenças até bruxedos e feitiços, o que as sobrecarrega emocionalmente, levando-as à exaustão e à ansiedade

“*Ela é muito calminha, só chora quando tem fome, eu ponho à mama, ela mama cerca de meia hora e fica saciada, mudo-lhe a fraldinha e ela dorme... o problema é quando ela sai deste padrão: ela sai da rotina e eu fico logo ansiosa porque ela tem alguma coisa, e o meu marido ainda piora porque ele quer logo ir a correr para o pediatra, depois eu dou-lhe ouvidos e tudo é como se fosse uma bola de neve: aumenta, aumenta e continua a aumentar...*” (Maura)

“*No outro dia de um momento ao outro, só dormia, dormia, dormia... até disse à minha filha que só se era quebranto! Até estou a pensar levá-lo a um curador ou curandeira.*” (Nina)

A preocupação é de tal ordem desmedida, que há quem confesse que

“Não tem nada que me preocupe, para além de ele existir.” (Octávia)

“A verdade é que ela está bem e não tem qualquer problema, mas não consigo deixar de pensar que ela tem algum problema e que eu preciso estar sempre alerta.” (Lara)

Culpabilizando-se pelas alterações do bebé pode provocar maior ansiedade e sentimentos depressivos, em que a mulher sente-se incapaz de lidar com as situações que provocaram as alterações, nomeadamente a febre, a obstipação ou, simplesmente, o choro incontrollável que não foi possível acalmar. Por essas razões sentem-se culpadas e angustiadas

“Mas depois fico muito preocupada com ele, quando ele tá com febre eu fico com receio e digo que a culpa é minha. Eu sei que não é, mas é o que eu penso.” (Eva)

“No outro dia estive o dia todo sem eliminar... torcia-se todo e não havia maneira... Não sabia o que havia de fazer! Senti-me... senti-me inútil.” (Dina)

“O que me preocupa mais nela é o chorar. Porque é uma criança que chora muito, um chorar alto e aquele chorar alto... e faz-me mal! Parece que se mete na minha cabeça e no silêncio... mesmo no silêncio parece que estou a ouvi-la a chorar...” (Bruna).

Também existe quem se culpabilize por se sentir incompetente na prestação de cuidados ao seu filho e incapaz por não ter conseguido amamentar, mesmo que o insucesso se prenda com o facto de ter adoecido

“não ser capaz de mudar nem sequer a fralda por ter dores no corpo... ou não conseguir preparar o biberão, por não saber prepará-lo... sinto-me mesmo uma inútil, uma incompetente!” (Juliana)

“Depois de ter tido meu filho, quando eu comecei a sentir que tava a fazer de tudo para dar de mamar a ele e que não conseguia, foi um desgosto grande para mim! Depois era o resto da família. Já é tudo adulto cá em casa, comidas para fazer, roupas para lavar... e o meu tempo não estica e eu não podia: ou bem uma coisa ou bem outra. Pra dar mama é preciso ter muito apoio por trás.” (Cláudia)

Por mais desejado que seja um filho, existe uma amálgama de sentimentos que atingem a mulher, como já abordado anteriormente. A verdade é que se pode tentar planear o quotidiano ainda grávida do que será a chegada do bebé, mas certamente não se prevê a emergência de sentimentos confusos que, definitivamente não estavam nos planos da mãe, muito menos sentimentos que diminuem a autoestima, **sentindo insegurança** no momento em que se quer apenas ser e sentir-se feliz,

“O pior é aquela insegurança, nunca saber se está certo ou errado... Será que é assim? Será que é assado? Porque é que ainda não acordou? Será que está satisfeita só com a mama? É um sentimento de insegurança muito grande e perturbador...” (Dina)

Como referem as mulheres, inseguranças e medos são normais, se são acompanhadas de alegria e sonhos, no entanto se associados a tristeza, angústia, choro frequente, sensação de vazio que interferem com os cuidados ao bebé, então aí a mulher percebe que não está bem e necessita de ajuda

“Apercebi-me que precisava de ajuda porque não me sentia bem... era sempre aquela angústia, aquela tristeza... a chorar por tudo e por nada pelos cantos, nunca sentindo-me bem! Falei com a minha avó e ela disse-me que se calhar o parto subiu-me à cabeça³¹... minha mãe veio para cá para casa para me ajudar!” (Fernanda)

O sentir-se insegura é algo que todas as mulheres sentem aquando do nascimento do filho. Poderá até ser entendida como um mecanismo necessário para a aprendizagem dos cuidados a prestar aos filhos *“Da experiência que eu tenho dos meus outros filhos, a insegurança nunca desaparece, vai antes, transformando-se, conhecendo outros motivos para permanecer”* (Hélia). Se no início pode ser o banho ao bebé o motivo de insegurança, em determinada altura essa competência é adquirida, ganhando-se confiança, mas logo após surge outros motivos para se sentir insegura, por exemplo o facto de o bebé passar a dormir menos.

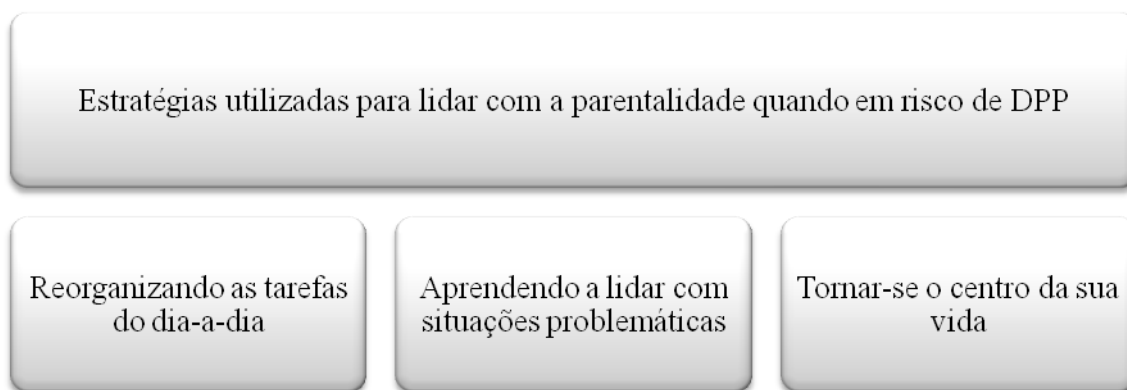
Em jeito de conclusão, o **Constructo respostas parentais no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP**, procurou transmitir as respostas das mulheres ao fenómeno em apreço, caracterizando-se por um conjunto de transformações que se assumem como sendo um marco na vida das mulheres, em especial na sua identidade, associada à sua reformulação, após um processo reflexivo e autoavaliativo que cada mulher faz de acordo com os seus valores e normas interiorizadas. Assim, este constructo revela-se valioso para que se possa compreender o processo de construção parental, uma vez que nos permite a reação das mulheres em risco de DPP à parentalidade.

³¹ No léxico micalense *parto subiu à cabeça* é a forma como se designa tradicionalmente a DPP, daí ser extremamente valorizado até há uns anos atrás, na cultura micalense, o resguardo como forma de evitar a subida do parto à cabeça.

4.4 – Estratégias utilizadas para lidar com a parentalidade quando em Risco de DPP

O constructo Estratégias utilizadas para lidar com a parentalidade quando em risco de DPP (Figura 22) encerra, no seu seio, o modo como as mulheres em risco de desenvolverem este distúrbio de humor conseguem transitar para a parentalidade.

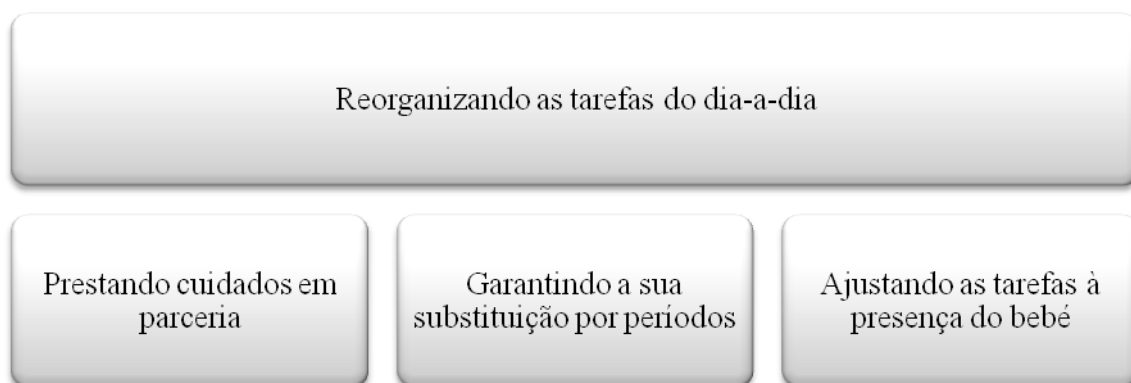
Figura 22 – Diagrama do constructo Estratégias utilizadas para lidar com parentalidade quando em risco de DPP



REORGANIZANDO AS TAREFAS DO DIA-A-DIA (Figura 23) é uma estratégia a que as mulheres recorrem para que se sintam capazes de equilibrar a instabilidade emocional própria do nascimento de um filho. Saliente-se que este reajuste ocorre mais durante o terceiro trimestre da gravidez e no puerpério.

Dado que no puerpério o estado de humor pode oscilar entre momentos de grande alegria e energia e momentos de tristeza e fadiga, a responsabilidade de tratar de um recém-nascido pode causar na mulher alguma ansiedade na adaptação à nova vida familiar, bem como algum cansaço dado ao facto de ter de adaptar o seu ritmo biológico ao do bebé *“é muito cansativo! Sinto-me sempre nervosa e ansiosa, porque sinto que posso não ser capaz de dar conta do recado como gostaria...”* (Dina).

Figura 23 – Diagrama da categoria Reorganizando as tarefas do dia-a-dia



Daí que **prestando cuidados em parceria** com alguém significativo, em especial o pai do bebê, seja reconhecido pela mulher como uma forma de ela ter mais tempo para si e para o seu filho, mas também como uma forma do pai envolver-se e estabelecer laços emocionais fortes com o bebê, passando a ser um sujeito ativo nos cuidados, declinando a tradicional figura masculina e paterna de ficar de lado a relaxar e a observar. Contam também com o apoio da família. Essa partilha permite também reservar algum tempo para a mulher cuidar de si, sem sentimentos de culpa e inseguranças, procurando manter o seu equilíbrio, a sua vontade, os seus direitos, a sua identidade e personalidade, mesmo que permanecendo em casa junto a ambos

“Agora o meu marido já vai me ajudando. Uma vez ele faz uma coisa, outras vezes faz outras... as tarefas estão divididas entre todos, senão o meu cérebro não aguenta” (Eva)

“Quem me apoia é o meu marido, os meus sogros, os meus pais... com três não é fácil! (...) mesmo os mais velhos também ajudam! Fazem algumas tarefas e é o que eu digo: é menos para eu fazer.” (Iva)

Todavia as mulheres, com o passar do tempo, vão percebendo que necessitam elas próprias do seu espaço, de um determinado tempo para elas, pelo que vão **garantindo a sua substituição por períodos**. Essa substituição revela-se necessária para mulher, não só de forma a garantir a sua saúde mental, mas também como forma de salvaguardar a sua vida social, que entendem comprometida desde a chegada do filho. Assim procuram assegurar que alguém as substitua, recorrendo ao companheiro,

à mãe/sogra, filha (adolescente) ou outros familiares para assumirem os cuidados ao bebê, enquanto elas se ausentam, manifestando que progressivamente essa atitude foi fazendo com que os sentimentos de culpa fossem diminuindo. Reforçam a sensatez desta atitude, referindo a preocupação que têm em deixar todos os cuidados assegurados para o bebê, não havendo demoras excessivas na sua ausência, sublinhando o bem que lhes faz, a si e aos bebês, disporem de um tempo que lhes é reservado e que não têm de se “(...) *preocupar com fraldas, biberões, chuchas, nem nada... só preocupar-me em arejar!*” (Nina).

Esta é uma forma das próprias mulheres sentirem que estão a assumir o controlo sobre a sua vida social, tendo sempre em conta o bem-estar do seu filho.

“Eu agora saio! Nem que seja para ir só ao mercado buscar uma alface, mas saio. E faz-me bem... sinto que sou outra, vou sabendo um enredo daqui e outro dali, falo com pessoas. É importante!” (Fernanda)

“Deixo tudo preparado... TUDO! O pequeno terminado. E deixo ele ora umas vezes com a minha sogra ou com a minha cunhada e às vezes as minhas irmãs. E faz-me bem! Muito bem... a mim e a ele, porque quando eu chego estou mais bem-disposta...” (Aurora).

É de tal modo importante este aspeto, que procuram reorganizar a sua vida de forma a rentabilizar o tempo que dispõe, **Ajustando as tarefas à presença do bebê**, realizando-as com o bebê por perto, ou com ele a dormir, ou com ele ao colo, ou então, ajustando aos seus horários (por exemplo, o do banho, ou o dos sonos ou o da alimentação).

“A gente vai aprendendo a defender-se. Antes era numa pressa, numa ansiedade para ter a comida pronta, a casa em ordem, a roupa em dia... agora vou fazendo conforme posso e ela me deixa. Há dias que ela me deixa fazer mais, há dias que ela me deixa fazer menos...” (Maura)

“Quando ele tá acordado, deito ele na espreguiçadeira e vou fazendo a minha vida... faço as camas e ele vai comigo, dobro a roupa e lá está ele... se ele vai dormir eu aproveito e descanso também, mas antes estendo uma roupinha ou faço alguma coisa que precise...” (Octávia)

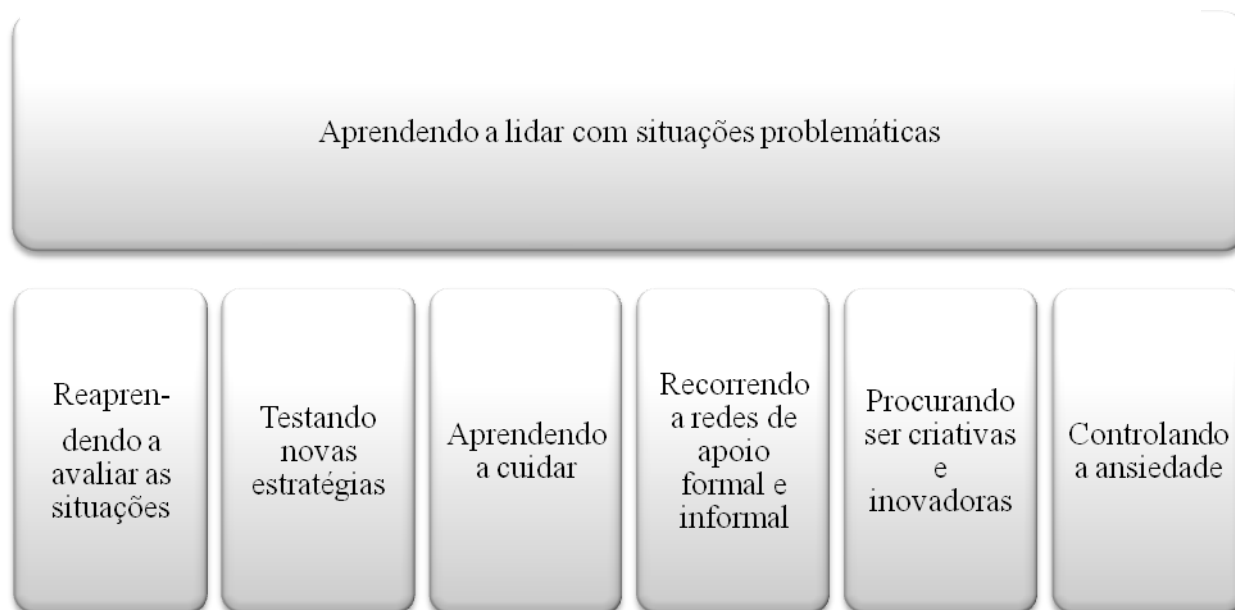
Se no puerpério tardio havia dificuldade, da parte da mulher, em adaptar o seu ritmo biológico ao do recém-nascido, no puerpério remoto verifica-se que a mulher procura estratégias que a liberte para outras atividades e, conseqüentemente permitem recuperar a saúde mental que necessitam e

que facilite o processo transicional, permitindo recuperar o equilíbrio pessoal, que se traduza no reencontro de si própria,

“Se tá a dormir, aproveito para ver a novela que gravei no dia anterior. Nunca dá para ver no dia, porque é o banho é uma coisa, é outra... assim tenho a casinha pronta, tá dormindo e eu relaxo a ver a novela!” (Dina).

Este tempo que reservam para se encontrarem a si próprias, serve, por outro lado, para irem **APRENDENDO A LIDAR COM SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS** (Figura 24) com que se vão deparando ao longo do processo.

Figura 24 – Diagrama da categoria Aprendendo a lidar com situações problemáticas



Esta reaprendizagem pressupõe que a mulher perceba que tem de tomar controlo sobre a sua vida e sobre os aspetos que exijam a sua intervenção decisória. Pelas 4/6 semanas pós-parto as mulheres confessam não possuírem “(...) *estrutura mental para tomar qualquer decisão relativa aos cuidados ao bebé. Eu não sei bem o que fazer nas coisas mais simples.*” (Juliana). O exercício da parentalidade confrontou as mães com a sua inexperiência no que respeita aos cuidados a prestar a um bebé. Mesmo que não seja o primeiro filho, consideram que “(...) *as novidades que há agora, são muitas! Deixavam-me insegura se estarei a fazer bem ou a fazer mal qualquer cuidado...*” (Maura). Todavia, com o passar do tempo a mulher começa a perceber que necessita de tomar as rédeas à sua vida e aos cuidados ao seu filho. Entretanto, referem que durante o tempo que mediou entre as 4/6 semanas e os 4/6 meses, foram, progressivamente, apercebendo-se que iam adquirindo confiança e iniciativa para tomar decisões, salientando que tal só foi possível porque foram **Reaprendendo a avaliar as situações** que se iam colocando no dia-a-dia de cuidados, o que pressuponha aprender com os acontecimentos, refletindo sobre os eventos que se iam colocando, de forma a ultrapassar as dificuldades e as novidades. Também reconhecem que o nível de domínio que detém de determinadas competências não é ainda o ideal, afirmando que “Ao

contrário do que se pensa, cuidar de um bebé é uma tarefa complicada... não é de um boneco que se trata, mas sim de um bebé de carne e osso. É mais fácil falar quando não são os nossos!" (Bruna).

Acrescentam ainda que o que as perturba não são os cuidados que têm de prestar, mas antes os juízos que são feitos sobre as suas competências

"Irrita-me profundamente... é o meu marido a perguntar "sabes o que tás a fazer? Não é assim ou assado?". Mas não é só ele... são os irmãos, as tias... são todos!" (Eva)

"Às vezes parece que me consideram uma tolinha... e se eu me irrito ainda dizem "Ah não se liga. São as Hormonas!" Ainda fico mais irritada... não é porque eles me tratam como uma incapaz, é por causa das hormonas!" (Lara)

São, em parte, os sentimentos de perturbação, atormentação e mágoa, causadas pelos os julgamentos a que são sujeitas que despoletam a vontade de prestarem os cuidados aos seus filhos de forma independente, responsabilizando-se a si próprias por todas as contrariedades acontecidas até ali e começando a instruir-se de forma a atingir a autossuficiência. A maturidade nos cuidados é então atingida **Testando novas estratégias** que contribuam para que a mulher se sinta capaz de assegurá-los sem precisar de recorrer a terceiros, conseguindo, desta forma, ir **Aprendendo a cuidar**. Esta aprendizagem e a instituição de novas estratégias, são fruto da informação que buscam junto de livros ou da internet, sendo o reconhecer de que a parentalidade é um processo que se constrói pela procura e pela tentativa e erro, monitorizado pela forma como os bebés reagem. É também o reconhecer de que não são peritas nos cuidados, emergindo uma consciência de cultivo do conhecimento para melhor cuidar, mobilizando os conhecimentos de que dispõem.

"Já se sabe que se tem muitas dúvidas... é normal, não é? Mas, como diz a minha filha mais velha, hoje em dia é fácil de se saber tudo com a enciclopédia que é a internet... uma pessoa tem uma dúvida, vai lá e tira a dúvida..." (Fernanda)

"A gente vai aprendendo por tentativa e erro. Por exemplo, no início quando mudava as fraldas ele ficava sempre xixado, eu não sabia o que era, mas depois é que percebi que as pregas da fralda estavam mal postas e o xixi saía... algumas coisas é por tentativa e erro que vamos aprendendo." (Cláudia)

O facto é que, por vezes, mesmo pesquisando em livros ou *blogs*, as dúvidas persistem, pelo que vão conseguindo dar-lhes resposta, bem como aos seus anseios e receios **Recorrendo a redes de apoio formal e**

informal. Esta é uma subcategoria que confessam assumir extrema importância na aprendizagem dos cuidados. Na verdade, esta é uma estratégia que têm utilizado quer no contexto hospitalar, quer no contexto domiciliar, não só para esclarecer dúvidas ou para questionar como ministrar determinados cuidados, mas também pela aprendizagem por imitação, ou seja, aprendendo através da observação da forma como os profissionais, familiares e/ou amigos prestam cuidados ao bebé,

“Uma pessoa tem que arranjar estratégias, não é? Sempre que eu vou à enfermeira na Casa do Povo³² vejo como ela faz as coisas e depois eu faço em casa igual. Já foi assim na maternidade... mas também faço as minhas perguntas, ponho as minhas dúvidas!” (Octávia)

“Observo muito as mulheres com mais experiência do que eu. A minha sogra criou muitos filhos, oito ao todo, fora os netos. Alguma coisa ela há-de saber, não acha? E depois ela é uma mulher muito despachada...” (Aurora)

A rede de apoio que estabelecem representa uma verdadeira ferramenta de suporte à mulher e, se bem estabelecida, favorece a transição para a parentalidade de uma forma segura e adequada, ao ponto das mulheres irem **Procurando ser criativas e inovadoras**. A criatividade é, hoje em dia, um tema cada vez mais presente nas vidas das pessoas, à qual as mães também não são alheias. Aquelas que pretendem substituir o paradigma da sobrevivência pelo paradigma do desenvolvimento do papel parental, precisam de se reinventar, pensar de forma criativa, dar a volta às situações, encontrar novas e eficazes soluções para o mais variado tipo de problemas, observando as coisas de outra perspetiva, reinventando processos, lidando criativamente com os desafios de forma a mudar os paradigmas do seu mundo, que está em permanente transformação, e que reconhecem ser os ingredientes essenciais para que façam uma transição parental com sucesso, *“Claro que uma pessoa vai inventando um bocadinho também. Nada que faça mal, mas que vai ajudando a gente. Por exemplo, para ela sossegar um bocadinho eu deito ela enrolada numa blusa que tenha o meu cheiro e ela fica ali...”* (Cláudia).

³² Nas zonas mais rurais da ilha de São Miguel, persiste o hábito de se denominar as Unidades de Saúde por Casas do Povo. Isto deve-se ao facto de, nos primórdios da organização da rede de cuidados de saúde primários na ilha, os serviços ocuparem o espaço das Casas de Povo.

Todavia, para que isso aconteça dessa forma, há que ir **Controlando a ansiedade**. Desde que descobriram que estão grávidas que as mulheres sentem que estão a viver no limite das suas capacidades. A ansiedade foi sendo sempre uma constante, que se relaciona não só com o receio de tornarem-se mães, mas também com o que isto significa e com o que representa. A somar a este facto, há as questões da dinâmica sociofamiliar que estão alteradas. Desde já o contexto socioeconómico do país, em muito tem favorecido para este sentimento de impotência e de ansiedade. Todavia, com o avançar do tempo, as mulheres vão tentando controlar a ansiedade por reconhecerem que *“(...) é um handicap muito grande!! É mesmo. A ansiedade que se sente atrapalha tudo. Como é que hei-de aprender o que quer que seja, se o meu foco de atenção é outro distinto daquele que estão para ali a blá, blá, blá?!”* (Juliana).

Nem sempre conseguem fazê-lo, mesmo porque admitem que *“Vai haver sempre alguma coisa para nos deixar ansiosas...”* (Lara). Esta é uma estratégia que está em constante transformação e que exige da mulher muito controlo quando necessário tomar decisões referentes ao bebé, como por exemplo,

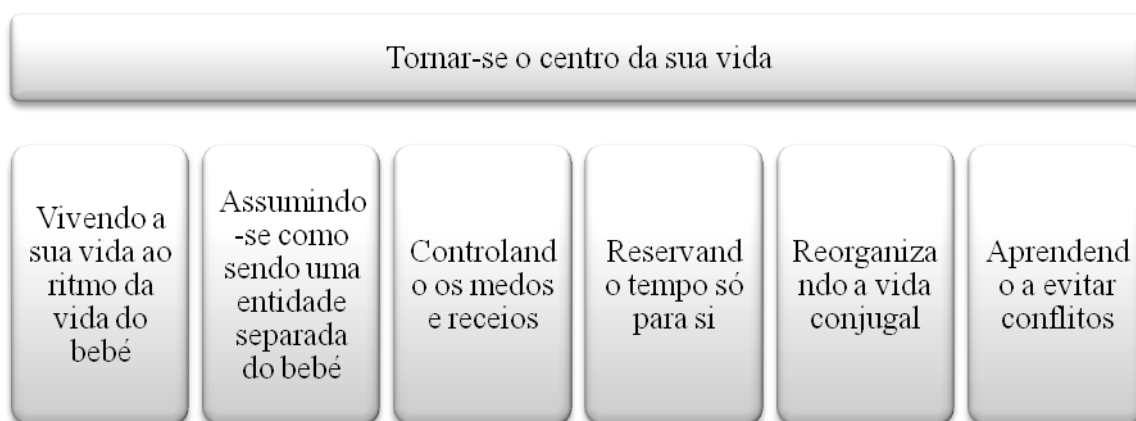
“No outro dia ela tava cheia de tosse e eu comecei logo a ficar ansiosa, já nem atinava com nada! Tava sempre a ver se tinha febre... mas depois eu comecei a pensar que tinha de me aclamar... já nem conseguia comer e eu disse “não. Não podes ficar assim! olha que vida que vais ter pela frente...” porque o que mais vai acontecer é ela ficar doente, não é?” (Lara)

“Para ir fazer as vacinas é um drama. Choro no dia antes, choro no dia, choro na hora... é uma desgraça! Eu sei que é preciso e que tem que ser, mas o que é que eu posso fazer? Sempre fui assim, mesmo com os outros era assim!” (Nina)

Outro aspeto referido como estratégia para transitarem para a parentalidade é o de **TORNAR-SE O CENTRO DA SUA VIDA** (figura 25). Esta categoria pretende transmitir a ideia de que as mulheres consideram que necessitam colocar a si em primeiro lugar porque

“(...) só assim eu vou poder cuidar melhor do meu filho. Houve um enfermeiro que me disse, ainda no hospital, que a pessoa mais importante em casa era eu, mais do que o bebé, porque se eu não estivesse bem ele também não estaria. Achei aquilo um disparate pegado, mas agora passado esse tempo todo, vejo que ele tinha razão...” (Hélia)

Figura 25 – Diagrama da categoria Tornar-se o centro da sua vida



Só se valorizando é que vão ser capazes de perceber que não é preciso se anularem para poder cuidar dos filhos. Embora esta seja uma tarefa difícil de conseguir, pelo menos o primeiro passo está dado no sentido de reconhecerem que é necessário cuidarem também de si, *“Também eu preciso de cuidados! Também eu sou uma pessoa e tenho que perceber que eu sou o centro da minha vida...”* (Dina).

Para que possam centrar a sua atenção em si, as mulheres reconhecem que ter que ir vivendo **a sua vida ao ritmo da vida do bebê**, em especial no que se refere ao sono, organizando os seus períodos de descanso em função dos do bebê, considerando que é muito importante para repor os níveis de energia.

“Tenho de recuperar energias... as noites são terríveis por causa das cólicas... ele não dorme e não me deixa dormir, por isso eu tenho de recuperar energias, dormindo quando ele dorme... aproveito para descansar.” (Aurora)

Para além disso, quando necessitam de sair, procuram fazê-lo sempre em alturas em que o filho não exija a sua presença, procurando **Assumindo-se como sendo uma entidade separada do bebê**, procurando não se absorver apenas nos cuidados a ele,

“Quando é para sair, não tenho problema porque tenho com quem fique com ela, mas mesmo assim, procuro sair em alturas em que eu sei que não vou fazer muita falta... de preferência depois de ela comer, com ela a dormir...” (Lara)

Esta forma de se entenderem, tem a ver com a reformulação da sua identidade, passando a se identificar de forma separada do bebê, que também vai estabelecendo a sua própria identidade: deixam de ser um,

para passarem a ser dois. Compreendem que o bebé depende dos seus cuidados, mas também percebem que as necessidades deles podem ser satisfeitas por outra pessoa, que não ela, *“eu sei que ela precisa de quem cuide dela, mas pergunto-me se só eu é que tenho de tratar dela? Não pode ser o pai ou a avó? Claro que sim...”* (Juliana).

Outra estratégia utilizada é a de ir, progressivamente, **Controlando os medos e receios**, relacionados não só com os cuidados a prestar aos bebés, mas também o medo e o receio que têm perante a sua própria condição de saúde. Reconhecendo que estão em risco de DPP, as mulheres procuram reagir, reorganizando-se, tentando controlar os seus receios e medos, percebendo, antes de mais, qual a fonte desses sentimentos e procurando geri-los,

“Eu sinto que tenho de fazer alguma coisa. Se eu não fizer vou cair num fosso... se eu me deixar dominar pelos medos que tenho, (e que são muitos!!!) isto não vai bater certo. Então todos os dias eu tenho de combater esse medo... todos os dias eu tenho de me por para cima!” (Hélia).

“Não me sinto segura a 100%, e isso gera-me ansiedade... medo e receio. Mas é sem motivo, porque eu tenho uma família que me ajuda, que me apoia, tenho o meu marido que também me ajuda. Acho que não deveria estar aí tão preocupada. A miúda tá bem, cresce bem, está bochechuda, está ótima. Não deveria estar aqui tão preocupada à toa... e eu vou aguentar o barco. tento-me convencer de que as coisas irão se compor daqui para a frente e controlar-me...” (Gabriela)

Reservando tempo só para si é outra estratégia que referem ser importante, até porque necessitam de tempo para estarem disponíveis para, em repouso, poder melhor refletir sobre questões e dúvidas que lhe vão sendo colocadas ao longo do processo transicional: como conciliar maternidade com vida profissional e vida conjugal, como não se anular em virtude das tarefas cuidativas. Por outro lado o tempo também é importante para poderem distrair-se e perceberem que também necessitam de se cuidar, de investir em elas próprias, de se valorizarem.

“Preciso tentar descansar! Preciso ter algum tempo só para mim, sem ninguém atrás de mim, nem marido, nem filha, nem ninguém... sem ter que dar justificações a ninguém” (Lara)

“Tenho que ter força não é esmorecer; é olhar sempre para a frente, senão a gente pega de cabeça³³. E eu não quero porque tenho 3 filhos, que eles é que me dão forças para avançar. Por isso tenho que ter tempo para me distrair e o que me

³³ No léxico micalense, *pega de cabeça* significa endoidecer.

distrai também é o café, tenho sempre pessoas ali a brincar, a rir e há gente sempre a rir todo o dia... o que me distrai também é isso, se eu estivesse sozinha eu acho que perdia a cabeça. Pelo menos aquele tempo é meu!" (Iva)

Por outro lado, necessitam de **reorganizar a vida conjugal**, encontrando momentos que sejam dedicados ao casal, reconstruindo a relação que foi alterada pela chegada de um filho, responsabilizando o pai pelos cuidados ao filho, mas mais do que isso, exigindo-lhe que passe mais tempo com ela, participando nas atividades domésticas e envolvendo-se na educação dos outros filhos, impondo uma participação mais ativa e assídua no seio da família, rumo a uma vida conjugal mais satisfatória e com retorno emocional.

"No início tinha muitos conflitos com o meu marido. O meu marido também não estava a compreender as minhas reações com ele, porque eu explodia facilmente porque sentia-me sobre pressão, foi tudo para cima de mim, tudo para cima de mim. Muitas vezes ele virava-me as costas e ia-se embora... eu ficava com os miúdos com tudo para cima de mim, o lavar, o vestir, o comer... tudo... ou seja, parecia que eu tava sendo a causa do mal que estava a haver e eu peguei nisso para mim, fui acumulando, acumulando ao ponto de eu não poder aguentar mais..."

Mas a relação com o meu marido, neste momento tá muito melhor do que já estive (...) Tive uma conversa séria com ele e ele então compreendeu..." (Nina)

"Estar muito tempo em casa com ele a trabalhar, foi difícil. Mais a mais ele chegava a casa cansado e não ajudava nada. Metia-se para o computador e não ajudava... tive uma conversa franca com ele e os pontos nos i's foram postos. Teve que ser, afinal o filho é só meu?" (Maura)

Aprendendo a evitar conflitos, é o seu grande objetivo. Justificando que, por vezes, o desequilíbrio hormonal favorece o afloramento de sentimentos num pós-parto imediato, reconhecem que existem períodos em que se irritam facilmente *"(...) e tudo é motivo para uma discussão, e tudo é motivo para uma briga"* (Bruna). Daí que as mulheres desejam ir gradualmente assumindo o controlo das suas emoções, evitando os conflitos que consideram *"por vezes são desnecessários..."* (Aurora).

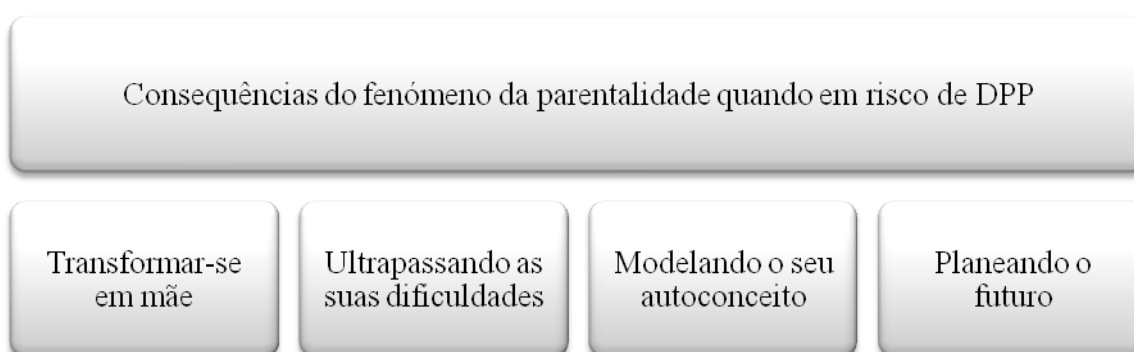
Em jeito de síntese o **Constructo estratégias utilizadas para lidar com a parentalidade quando em risco de DPP**, procura agrupar as estratégias que as participantes consideram importantes e capazes de evitar cabalmente o desenvolvimento de DPP, reagindo ou tentando reagir, quando se apercebem da sintomatologia indicativa desta patologia. O recurso a estas estratégias permite que a mulher transite de forma

saudável para a parentalidade, pois, de acordo com as mulheres, o desempenho do seu papel maternal não é colocado em questão perante o risco de DPP.

4.5 – Consequências do fenómeno da parentalidade quando em risco de DPP

Sendo a parentalidade um fenómeno multifacetado, as suas consequências são, de igual modo, multifacetadas. Na realidade, o seu estabelecimento decorre em um período não definível, nem tão pouco fácil de determinar. Assim, CONSEQUÊNCIAS DO FENÓMENO DA PARENTALIDADE QUANDO EM RISCO DE DPP (Figura 26), intende transmitir os efeitos que este processo tem sobre as mulheres que estão mais propensas a desenvolver DPP.

Figura 26 – Diagrama do Constructo Consequências do fenómeno da parentalidade quando em risco de DPP



As consequências diretas da parentalidade têm influência sobre a forma como a mulher vai modificando-se, no sentido de TRANSFORMAR-SE EM MÃE (Figura 27). Embora o plano de tornar-se mãe possa remontar à tenra idade, para que tal aconteça existe um conjunto de transformações que têm de ocorrer, destacando-se os mentais e emocionais.

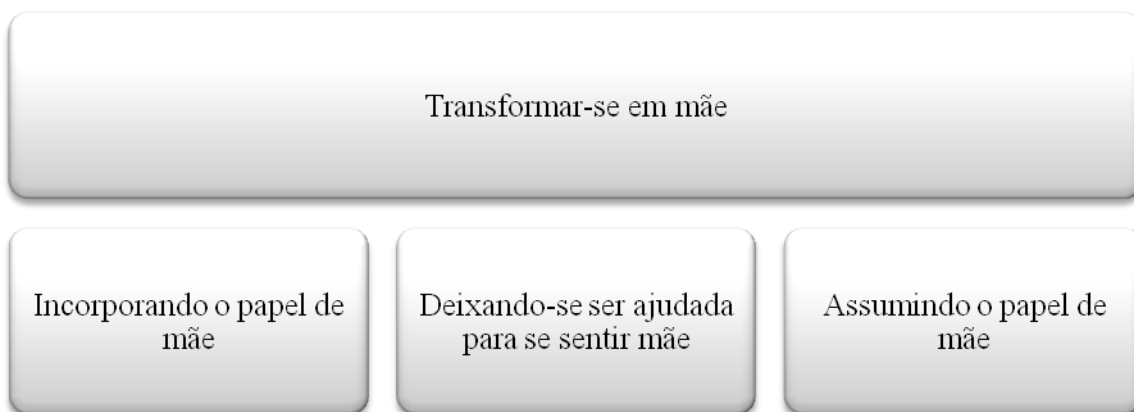
“Sinto que foi uma transformação: em um momento era esposa, mulher, no outro era mãe. Mãe! Eu já tinha esquecido que queria ser mãe... até já pensava que não podia ter filhos! Mas a verdade é que ser mãe é um processo complexo. A gente tem de se transformar...” (Maura).

Para as mulheres, a transição para a parentalidade, implica um período de desordem e desequilíbrio, que coexiste com a satisfação de ser-se mãe/pai. A adaptação à maternidade suscita nas mães sentimentos de incapacidade, confusão relativamente às novas exigências.

“Sinto-me feliz por ser mãe e sei que o meu marido se sente feliz por ser pai, mas ao mesmo tempo... ao mesmo tempo... eu não sei explicar! Eu sinto que ando de cabeça para baixo, do avesso! É como se tivesse um ciclone dentro de mim... tudo fora do seu lugar!” (Octávia)

“Sinto-me confusa e incapaz... Confusa com isso tudo, com essa novidade de ser mãe e incapaz, porque não dou a resposta que desejaria a tudo: à minha vida, ao meu bebé, ao meu marido... nem consigo pensar o que pode piorar!” (Hélia)

Figura 27 – Diagrama da categoria Transformar-se em mãe



Para as mulheres, o desempenho dos novos papéis face à maternidade exige a adaptação ao bebé que nasceu, conciliando a criança real com aquela fantasiada, sonhada, durante toda a gravidez, *“Eu sabia que era uma menina... as ecografias ajudam nisso, mas sempre tive esperança de ser uma menino. Eu queria mais um menino. Mas pronto acostumei-me à ideia e gosto dela mesmo assim”* (Fernanda). Todavia, em determinado ponto, essa relação constante que mantém com o bebé, acaba por promover uma ligação mais efetiva e mais vinculativa, de tal modo que a mulher passa a percecionar-se como mãe, iniciando-se então a **Incorporando o papel parental**, *“sou mãe e sou uma boa mãe! Sinto que sou uma boa mãe...apesar de não estar ainda bem, sinto-me mãe.”* (Cláudia). O nascimento de um filho é encarado pelas mulheres como um processo de adaptação, de reequilíbrio familiar, que exige um período de tempo mais ou menos prolongado e que depende de inúmeros fatores, em

particular da forma como a mulher reage perante as situações de *stress* que estão diretamente relacionadas com o exercício da maternidade. Ser mãe é um momento de transformação durante o qual a sua vida adquire uma nova direção, ocasionando na mudança de vida nos comportamentos

“Às vezes pensa-se que ser mãe basta engravidar, ter o petcheno e pronto. Mas não é assim... a gente tem que mudar! A família tem que mudar para recebê-lo e isso não é de um dia para o outro. Leva o seu tempo...” (Cláudia)

“Ser mãe é, talvez, o desafio maior que enfrentamos na nossa vida! É mentira que não vem aquela montanha toda de amor de uma vez só, mas é verdade que vem uma montanha de stress pela mudança que se vive, nunca mais somos iguais e para fazer alguma coisa pensamos mil e uma vezes nas repercussões que pode ter no bebê e na gente...” (Juliana)

A promoção de uma transição efetiva e comportamental adquirindo habilidades parentais que facilitem a incorporação do papel de mãe, só surge no puerpério remoto, havendo necessidade de suporte no puerpério recente de forma a promover a adaptação e o exercício da parentalidade *“só recentemente me passei a sentir melhor e capaz de assumir os cuidados a ele. Quando falamos da outra vez, nem me sentia capaz de me chamar de mãe... ou melhor eu chamava-me mas não me sentia, porque pouco fazia!”* (Maura). **Deixando-se ser ajudada para se sentir mãe**, surge então pela necessidade sentida pelas mulheres de serem ajudadas, de forma a reforçarem a sua responsabilidade pelos cuidados ao bebê, e se mostrarem capazes de exercer a função de mãe, percebendo que também se devem cuidar para que se sintam bem e possam melhor cuidar do filho de forma satisfatória

“(...) foi importante ter o meu marido em casa. Infelizmente ele está desempregado, mas por outro lado se ele não estivesse em casa tudo teria sido mais complicado. Ele agora fica com o bebê quando eu não posso... e isso é importante!” (Octávia)

“(...) enquanto o meu marido tá por cá, quem me apoia é ele que fica uma bocadinho com a pequena ou eu fico com a pequena, mas assim ele ajuda-me e isso faz-me sentir bem, porque se fosse tudo para cima de mim ia ser complicado... e são os meus filhos que sempre vão fazendo alguma coisa... o pouco que eles façam é sempre menos que tenho que fazer...” (Hélia)

O sentir que está a ser ajudada promove o sentimento de segurança nos cuidados ao bebê, o que conduz à diminuição dos níveis de ansiedade, conduzindo a que a mulher vá **assumindo o papel de mãe**. Esta atitude

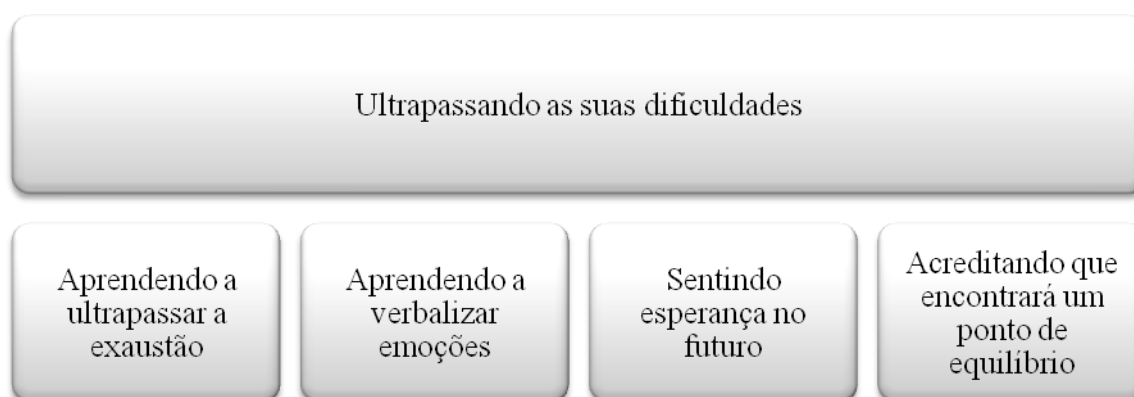
compreende, então, as determinantes da mulher que visam a afiliação e a consistência interna, com enriquecimento do autoconceito, contribuindo para a redefinição do *self* e construção do novo papel da mulher enquanto mãe, que é o resultado da própria vontade da mulher em ser/tornar-se mãe, “*É complicado de explicar, mas eu sinto que... tenho de mudar, que tenho de me assumir como mãe, mas para isso tenho que me transformar como mulher, esposa, pessoa...*” (Gabriela). Esta forma de encarar esta fase da vida, não é mais do que uma consequência da forma de atuar e de pensar a maternidade, bem como a dependência que entendem a criança ter delas próprias. É, portanto, o modo como encaram a maternidade, as concepções construídas ao longo de uma vida, que emergem, quase que obrigando-as a sentirem-se mães

“Eu sinto-me mãe? Vou sentindo-me mãe... quer a gente queira quer não, não é assim tão simples! É nessas alturas que percebemos a influência que a nossa criação tem em nós... às vezes faço-me lembrar a minha mãe.” (Lara)

“Sei que ele depende de mim, sei que sou mãe dele, mas entre esse saber e sentir vai um passo gigante... já começo a sentir... é tão mais fácil falar do que ser! Sinto que ser mãe é como se fosse a repetição daquilo que fui vendo quando era criança...” (Bruna)

No entanto, nesta passagem para se tornarem mães, de se compreenderem e atuarem dessa forma, as mulheres têm que **ir ULTRAPASSANDO AS SUAS DIFICULDADES** (figura 28).

Figura 28 – Diagrama da categoria Ultrapassando as suas dificuldades



Para se chegar à bonança, há que ultrapassar a tempestade e isto só é possível **Aprendendo a ultrapassar a exaustão**, o que apenas acontece com o passar do tempo e com a consciencialização de que é necessário parar, refletir sobre a mudança que está a ser vivida e perceber que há que tentar dar a volta por cima, *“Agora estou diferente do que estava na altura... sinto-me ainda cansada, mas melhor: já consigo dormir mais, ele já me vai deixando dormir...”* (Aurora). Arranjando estratégias que minimizam a exaustão, permite que a mulher, progressivamente, vá recuperando o equilíbrio, ao ponto de ela própria estabelecer um plano para ultrapassar as dificuldades sentidas nesse processo transacional, possível somente porque a mulher vai exigindo o estabelecimento de um clima de interajuda e de cooperação nos cuidados ao bebé e nas tarefas domésticas, partilhando momentos de aprendizagem e socialização de saberes, *“Eu tive... como é que eu hei-de dizer? Eu tive de me impor...! É tanto que eu só olho ao bebé e nem ligo aos outros nem a mais nada. Eles já são crescidos e têm de aprender a se terminar, vêm-me perguntar como é que se faz isso e aquilo e eu explico...”* (Cláudia). A mulher passa a interagir com a rede de apoio, de forma positiva, **aprendendo a verbalizar as emoções** sentidas, superando as suas dificuldades com a sua ajuda, pela partilha de saberes, dúvidas e experiências. Durante toda a vida as emoções acompanham os indivíduos, independentemente do percurso que se escolha fazer. Perante qualquer situação reagimos emocionalmente e a maternidade não é exceção, revestindo-se por estados emocionais intensos

“É um turbilhão de sentimentos muito grande. Inicialmente nem dizia nada a ninguém para não dizerem que estava a ficar tolinha, mas é verdade! Numa hora estamos bem-dispostas, como a seguir estamos a chorar... e pior! Sem saber porque choramos...” (Eva)

“Vamos aprendendo a desabafar... antes não falava sobre isso, só agora pelos 4 meses é que consigo falar... temos de por para fora o que sentimos porque senão fica arrochado dentro da gente e é pior. Mas não é fácil! Fico sempre a pensar que estou a falhar e que não me devia sentir assim, por mais que digam que vai melhorar.” (Fernanda)

Se o puerpério tardio se caracteriza por uma certa alexitimia, já o remoto se distingue pela partilha, expressão e verbalização dos sentimentos, das

frustrações e das emoções. Efetivamente, embora a decisão pela expressão de emoções possa não ser fácil, esta atitude permite à mulher ultrapassar as dificuldades emocionais, porque permite obter o apoio e a compreensão emocional da família/amigos e/ou dos profissionais, *“foi importante partilhar com o meu marido e com as minhas amigas... nunca pensei ter o apoio que tive.”* (Aurora).

Parece que verbalizar com outros o estado emocional latente nas palavras e no corpo traz uma sensação de alívio, contribuindo para dissolução das emoções negativas, **sentindo esperança no futuro**,

“Antes de desabafar sentia um aperto no coração... como se fosse uma prisão. Foi importante poder partilhar o que sentia, não só porque aliviou-me, mas também porque passei a perspetivar o futuro de uma maneira diferente: acreditando que tudo vai melhorar!” (Juliana).

Se no puerpério tardio o presente é incerto e o futuro é uma incógnita, no puerpério remoto existe esperança no futuro, que resulta do facto de o presente apresentar-se de forma mais equilibrada. Parece que nesta fase há uma maior consciencialização da nova realidade sociofamiliar, com a consequente assimilação do futuro ambicionado e a vida resultante da tarefa de se ser mãe.

“Não consigo prever como será o meu futuro... é como se fosse uma fumaça. Eu sei o que gostava que ele fosse, mas não sei como vai ser! A julgar pelo que acontece hoje, não há-de ser coisa boa...” (Octávia – 4/6 semanas)

“Hoje eu vejo o futuro de forma diferente, mais risonho... o pior acho que já passou, embora ainda me sinta frágil, triste... mas acho que o pior já passou. Também agora já vou cuidando da vida de forma diferente do que naquele tempo...mas já encaro o futuro de outra forma, já há coisas que gostava de fazer, levar os meus filhos a conhecer o Jardim Zoológico, ir acampar... coisas, para terem boas memórias da infância deles.” (Octávia – 4/6 meses)

Esta subcategoria transmite a perceção das mulheres, de que, embora não haja um plano concreto para o futuro, há, porém, a intenção de se criar projetos, metas, reformulando objetivos e voltando a sonhar, para que o presente possa evoluir de forma positiva do ponto de vista da experiência parental, caminhando, tendencialmente, para a sua normalização conducente com uma menor dependência do bebé, com o incremento da sua autonomia, **acreditando que encontrará um ponto de equilíbrio**. Esse equilíbrio é reconhecido pelas mulheres como sendo a consequência

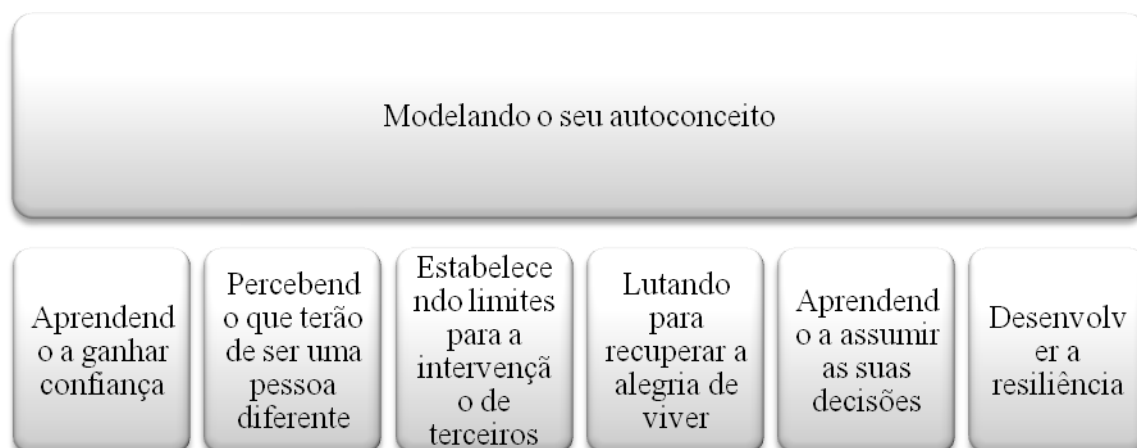
direta da estabilização do humor, *“quando isso acontecer e tiver atingido aquele ponto de equilíbrio, então quer dizer que já estão para trás das costas todas as dificuldades que senti e estarei outra vez na normalidade.”* (Gabriela).

Esse ponto de equilíbrio é também encarado como o regressar a sentir a sua vida dentro de um padrão normal, onde é estabelecida uma nova realidade *“nem melhor nem pior do que era antes, apenas diferente do que era antes, com o acréscimo de que agora há um bebê e que ele precisa da mãe e do pai.”* (Lara). Essa é uma necessidade sentida, reconhecendo ainda assim que é fundamental a integração do bebê de forma plena no seio familiar, percebendo uma redefinição de papéis de todos os membros do núcleo familiar.

Sublinham ainda que é necessário evidenciar constantemente os ganhos, para não pensar nas perdas, ainda que dependa de cada pessoa tecer a sua história, *“há que aprender a fazer concessões quanto às nossas próprias escolhas, redefinindo as nossas prioridades, reorganizando o tempo dedicado a nós e ao nosso parceiro... e aos outros! Aos nossos amigos.”* (Juliana). Para além disso, salientam a necessidade de irem readquirindo a liberdade para outras tarefas, havendo, contudo, abertura para redefinir os planos e os objetivos futuros, *“no futuro será diferente: já consigo imaginá-lo, mas é diferente do que era antes... os objetivos são diferentes!”* (Maura).

No que se refere à categoria **MODELANDO O SEU AUTOCONCEITO** (Figura 29), intende transmitir a ideia de que as mulheres têm necessidade de alterar a perceção que têm de si, em ordem de poder avançar no que respeita à transição para a parentalidade. Essa alteração do conceito que elaboram delas próprias procede dos processos cognitivos e é caracterizado como um sistema complexo e dinâmico de perceções, crenças e atitudes que se tem sobre si mesmo, que atua na interpretação e organização das experiências dos sujeitos, estando passível a influência de fatores internos e externos, *“É uma aprendizagem diferente. A gente pensa que se conhece, mas na verdade é que não... a gente tem de aprender a se conhecer de novo!”* (Iva).

Figura 29 – Diagrama da categoria Modelando o seu autoconceito



A manifestação da insegurança, como foi referido anteriormente, é uma resposta da mulher à chegada de um filho, daí que progressivamente a mulher tenha de ir **aprendendo a ganhar confiança**, aspeto essencial para o equilíbrio emocional da mulher “*Deus nos livre se não fossemos alcançando alguma segurança e ganhando confiança... com o tempo vamos ficando confiantes e em termos de cabeça isso é importante.*” (Nina). Esta atitude tem por base a necessidade que a própria tem em recuperar a confiança que tem si, a necessidade que tem de acreditar nela própria e de caminhar para o êxito, que é a parentalidade bem-sucedida. Na verdade é reconhecida por elas que a autoconfiança é extremamente importante para todos os aspetos da vida, sendo que na maternidade se torna mais importante reconquistá-la ou, até mesmo, conquistá-la

“Confiar na gente própria é importante... é muito importante. Se não confiarmos na gente, quem é que vai confiar? O Sr. que me diga. Ninguém, não é? Por isso mesmo temos de conquistar confiança naquilo que fazemos. Pronto, não foi muito bom agora, daqui a pouco há-de ser melhor, o que importa é que a gente acredite na gente, porque se a gente a creditar tudo é mais fácil, e com certeza seremos boas mães...” (Eva).

Acrescentam ainda que é difícil sentir que lhes é dado votos de confiança para cuidar do bebé de forma independente, se elas próprias se caracterizam como constantemente nervosas, atrapalhadas e com necessidade de elogio constante, “*os outros não vão confiar em nós se nós próprias não confiarmos, não é assim?*” (Lara). Por essa razão, reconhecem

e apercebem-se que na sequência da conquista de determinadas competências, é-lhes dada, por quem as apoia, claramente maior independência, maior liberdade, pelo facto de adotarem uma postura ativa e decidida, respondendo, com certeza, a perguntas e por admitirem quando não sabem algo. Incrementar a autoconfiança é, assim, uma das principais vias para serem bem-sucedidas na transição para a parentalidade, que se entrecruza obrigatoriamente com o facto de irem **percebendo que terão de ser uma pessoa diferente**. Salientam porém, que não é ter uma personalidade distinta, mas antes mais segura, confiante e autónoma nos cuidados ao seu bebé, *“Não é mudando tudo, mesmo porque ninguém muda assim, mas devagarinho e com calma... não tão ansiosa, mais confiante, mais decidida, não tão nervosa... enfim quero ser uma pessoa diferente do que sou agora.”* (Cláudia).

Estabelecendo limites para a intervenção de terceiros surge pelo reconhecimento que as mulheres têm de que são alvo de muitas críticas, opiniões e imposições de terceiros, não só na relação que estabelecem com o parceiro, mas também com o bebé

“É por demais... é verdade que no início foi bom ter a minha mãe cá por casa e a minha sogra, mas agora é demais. Elas já não estão cá, foram para a casa delas quando o bebé fez dois meses, mas é a mesma coisa como se tivessem ficado. Ligam de pouco a pouco, depois dizem “Ah! Não é assim,. é Assim!” ou então... fico doida quando me dizem isso... “Eu já não disse que é assim que se faz?”. Tão sempre dando opinião, mandando, a criticar... fico farta! E depois eu arrebento e brigo.” (Dina)

Ainda que as mulheres acabem por reconhecer a importância do apoio de uma terceira pessoa no período pós-parto, independentemente da altura, referem também que o problema é quando as pessoas não se apercebem que ultrapassam os limites do apoio e passam a interferir propositadamente na vida delas. Assim, há que, por vezes, estabelecer os limites de intervenção, clarificando quem são os pais, qual a forma mais adequada para a dinâmica familiar do bebé e quem toma as decisões, em uma tentativa de se fazer marcar uma posição, desenhando um limite a ser respeitado.

“Eu sei que não fazem por mal, mas é preciso impor limites. E só agora, passados quatro meses e meio é que consigo dizer que deve ser assim em vez de assado...”

Foi importante o apoio dela no primeiro mês, foi sim senhor... mas agora, já estou a começar a ficar com os olhos em bico...” (Dina).

“Chegou um dia que eu tive de me sentar com a minha mãe e dizer “ Mãe! Quem é a mãe sou eu. Para o bem e o mal eu sou quem decide e eu e o pai dele. Mais ninguém!” Foi uma ofensa muito grande para ela, mas teve que ser. Eu já não aguentava... a meio caminho parecia que eu era a irmã do meu filho... Com a minha sogra eu disse para o filho falar...” (Maura).

Esta forma de agir porém, não acontece antes das 4/6 semanas de pós-parto, porque não há ainda a capacidade emocional para lidar com esta situação. Aliás, esta é uma aprendizagem que se entrecruza com outra: **aprendendo a assumir as suas decisões**. Experimentar algo novo pode ser assustador e até perigoso, mas pode ser também uma das sensações mais estimulantes da vida, por se extrapolar a zona de conforto a que se está habituado. No pós-parto é uma vez que muitas das tarefas foram sendo delegadas, inclusive, algumas decisões, há que aprender não só a retomar as rédeas à sua vida, como aprender a tomar decisões e assumi-las, como refere Iva

“O facto de ser nova e já ter três filhos é uma vantagem! Às vezes as vizinhas ou mesmo a minha mãe, vêm “Ah! Faz assim e assim” e eu digo logo: “Não é assim, porque isso e isso e isso!” Eu tomo a decisão, mas isso levou algum tempo a ser assim foi preciso aprender a ser assim, porque antes não era e mesmo com esse bebé só agora começou a ser...!”

Não de forma imprudente, mas antes de modo sensato, as mulheres reconhecem que é algo que vai sendo conquistado ao longo do tempo, porque assumem que *“correr riscos requer autoconfiança e disposição para cometer erros”* (Hélia), coisa que nem sempre é possível quando há um bebé envolvido. Todavia salientam que *“a sementinha já está aqui: dentro de mim. Já não é como era... já tomo as minhas decisões e decidindo da forma como acho correto!”* (Bruna). Mais uma vez emerge a necessidade de se confiar totalmente em si mesmo. **Lutando para recuperar a alegria de viver**, reflete mesmo isto: a confiança que tem de haver para começar a tentar recuperar algo que consideram precioso e que sentiram perder, nomeadamente a sua alegria e a sua felicidade.

Adiantam que para pensar assim tiveram que superar, enfrentar, mas não fazendo de conta que estavam felizes, porque, como refere Aurora *“Sorrir*

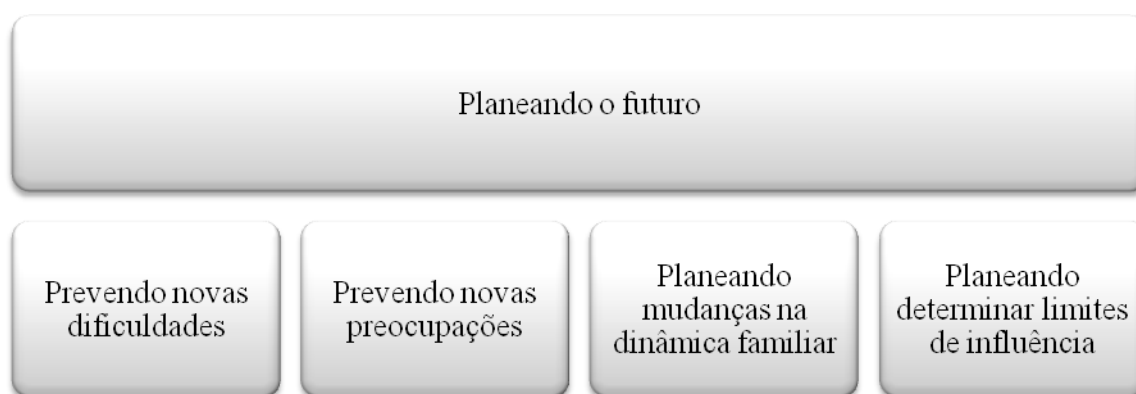
como uma tolinha e fazer com que pensem que está tudo bem não resolve os meus problemas...”

Todavia, as mulheres referem que para que isso ocorra há que conseguir **desenvolver a resiliência** “(...) *aprender a confrontar as situações, enfrentar as tensões, ter desenvoltura, fazer de cada situação, uma oportunidade de aprendizagem, encarando os contratempos de forma positiva, focando a solução em vez do problema (...)*” (Gabriela), dando a si própria a oportunidade de crescer mais como mulher e como mãe.

Com esta atitude as mulheres percebem que têm de reformular os seus objetivos, **PLANEANDO O SEU FUTURO** (figura 30).

Fazer planos, no sentido amplo, é estabelecer um projeto que inclui uma série ordenada de ações de operações e de meios destinados a atingir um fim. Logo, planejar o futuro não é simplesmente imaginar o que se quer do futuro, mas agir criando condições para que aquilo que se quer se concretize. E é isso que as mulheres em risco de DPP assumem: **Previendo novas dificuldades, Prevendo novas preocupações, Planeando mudanças na dinâmica familiar, Planeando determinar limites de influência.**

Figura 30 – Diagrama da categoria Planeando o futuro



O complexo conceito de família contemporâneo provoca inúmeras dúvidas e conflitos acerca da paternidade no contexto social e afetivo. **Prevendo novas dificuldades e prevendo novas preocupações**, pressupõe a representação que as mulheres têm do que será o futuro e a noção de que

é necessário prever o que irá acontecer. Esta atitude advém da necessidade da mulher em fazer prevalecer a sua realização, os seus valores, a sua dignidade, consubstanciada pela sua aceitação no meio social. Antevendo as dificuldades e as preocupações que podem surgir “*permite-me preparar-me para uma nova realidade que pode surgir no futuro, preparando-me para enfrentar essa situação...*” (Fernanda), ou seja, é importante para minorar o impacto causado sobre o desenvolvimento social, afetivo e emocional intrafamiliar, demonstrando a sua importância para uma transição cabal, eficaz e desejada, “*eu sinto que me preparando... que tentando adivinhar quais as dificuldades que vou ter e as preocupações, eu estou a preparar-me com antecedência para o que pode acontecer*” (Cláudia). Desse modo a mulher garante a sua valorização enquanto mãe, evitando, assim, que se perpetue os conflitos ainda existentes em matéria emocional no que diz respeito ao mundo da maternidade.

Assumindo uma visão ampla do sistema familiar e do seu relacionamento, a mulher em risco de DPP apercebe-se da necessidade que é ir **Planeando mudanças na dinâmica familiar e Planeando determinar limites de influência**. Efetivamente, atendendo às formas de relacionamento familiar e entendendo-a como um sistema vivo onde os seus membros reagem e influenciam-se uns aos outros de forma recíproca, é fácil perceber que a própria família tende a readaptar-se às realidades que vão surgindo, nomeadamente com a chegada de um bebé no seio familiar. Todavia, com o passar do tempo a própria mulher, vai percebendo a necessidade de se estabelecer mudanças na dinâmica familiar, em direção à sua estabilidade e à das relações familiares. No entanto, para chegarem a este ponto, as mulheres referem ter que refletir sobre o hoje, repensando o amanhã, em uma atitude de auto-observação, disposição para autocrítica e para mudanças

“Não sou só eu que tenho que me mudar, todos cá em casa têm de se mudar: os irmãos têm de perceber que existe mais um filho, o meu marido também... Passado esses meses eu percebi que todos têm de ajudar com as tarefas cá em casa e com o bebé também, não só pelo meu bem, mas também pelo bem deles, porque assim tudo fica mais clamo...” (Eva)

Essas reflexões pressupõem o reconhecer de vínculos afetivos e psicológicos envolvidos numa relação familiar, e ao mesmo tempo espaços de privacidade, de autonomia e de individualidade que devem ser respeitados.

No que se refere aos limites de influência de terceiros, as mulheres referem que o maior problema se deve à herança cultural que cada um trás para a relação: Casais herdaram formas de se relacionar e de estar em família e acabam por reproduzir inconscientemente esses padrões aprendidos da família de origem, permitindo, de igual modo, que os seus familiares (pais, irmãos, entre outros) atuem do mesmo modo

“Eu venho de uma família, ele vem de outra. Somos de sítios diferentes de concelhos diferentes, cada um tem a sua maneira de ser, com costumes muito diferentes. A gente tem que se ir moldando um ao feitio do outro, para isso dar certo senão é mais uns para se separarem... e não é nada fácil! Aos anos que a gente anda nesse joguinho? Há quase 24 anos...” (Nina).

Salientam que cada pessoa tem uma forma diferente de ser e, por isso, há que conciliar as duas formas, de modo a criar uma nova cultura familiar. Assim, as mulheres dizem ter que impor limites a terceiros sobre a forma de educar os filhos, de reagir e de se relacionar com o cônjuge, formas de comunicação e até de reações emocionais. Esses padrões ou podem ser saudáveis ou nocivos para o funcionamento da família. Em vez de imposições, pretendem que haja comportamentos que incluem a colaboração, a dedicação, o companheirismo. Já no que se refere às bases cognitivas, exigem uma comunicação direta e clara, para que os aspetos relacionados com a família nuclear, mantenham-se restringidos ao casal, não havendo lugar para a terceirização da educação dos filhos, por parte de avós, tios e outros incluídos, promovendo os momentos de prática de interação e comunicação familiar. É pois um desafio árduo, mas que reconhecem essencial estabelecer como meta no futuro

“Eu sei que não é fácil e para mim ainda é mais difícil porque só tenho 21 anos, mas a verdade é que a gente tem que marcar a nossa posição. Porque somos novinhos, as pessoas acham que têm o direito de dizer o que a gente tem que fazer e educar o nosso filho... mas a gente não quer isso! A gente quer que nos ajudem quando a gente pedir e não quando eles acharem que a gente precisa (...) o que for das nossas portas para dentro, só à gente diz respeito. Mas isso não é fácil! Tanto a minha mãe como a mãe dele não compreendem isso. É uma luta que se tem que ir tendo...” (Lara).

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto pretende-se fazer uma discussão geral do estudo, com o objetivo de revestir os achados obtidos de significado, fundamentando-os na literatura relevante sobre esta problemática e confrontando-os com resultados de outros trabalhos de outros investigadores que desenvolveram estudos com pontos comuns com o nosso. Assim, este capítulo procurará abordar cada constructo que emergiu, focalizando-se nos que trazem contribuições para aprofundar a compreensão do fenómeno em estudo.

Não é possível, no entanto, partir-se para esta análise sem perceber que cada entrevistada tem a sua história: o momento em que a gravidez aconteceu; se foi planeada ou não; a relação com o pai da criança e com a família; a vivência da maternidade como filha e a relação com a sua própria mãe; a sua expectativa de futuro; a sua disponibilidade para os cuidados ao bebé; as prioridades em relação à sua própria vida após a chegada do filho; a relação com o seu corpo, vendo-o mudar em função da gravidez; a evolução da gravidez e a sua interferência na sua vida; o parto e o internamento; a confrontação com o bebé real; o regressar a casa; as relações estabelecidas no pós-parto...Todos estes aspetos têm influência sobre a forma como a mulher fará uma transição adequada para a parentalidade.

Reconhecendo um período de incógnita e de ansiedade, constituiu-se como o primeiro constructo, assumindo-se, de igual modo, como condição causal do fenómeno. Este constructo inclui as categorias **Confrontação com a Realidade** e **Dificuldades sentidas**, que emergiram do facto de se tentar perceber a influência que o nascimento de um filho pode assumir na vida da mulher/mãe, as dúvidas que acompanham essa fase, as exigências que surgem, os cuidados necessários, os medos receios e as dificuldades sentidas.

Na verdade, a notícia de que se vai ser mãe parece despertar na mulher sentimentos ambíguos, repletos de receios, medos e incertezas, relacionados com uma fase que se avizinha desconhecida, integrada em um evento complexo, onde ocorrem diversas mudanças na vida da mulher, que é a gestação. Independentemente do quanto seja desejada, estes sentimentos afiguram-se como uma presença constante ao longo da gestação, assumindo-se como uma forma involuntária de se estabelecer uma relação com o bebê, exigindo da mulher/mãe uma relação constante com o feto, erigida precocemente uma relação, constituindo as bases para a relação futura que se estabelecerá depois do nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança (Brazelton e Cramer, 2002; Caron, 2000; Klaus e Kennel, 1993; Raphael-Leff, 1997 e Soifer, 1992).

A verdade é que a gravidez é uma experiência repleta de sentimentos intensos, variados e ambivalentes que podem dar vazão a conteúdos inconscientes da mãe. Brazelton e Cramer (2002) sustentam esta ideia ao referirem que esta é uma fase caracterizada por inúmeras mudanças e, ainda, por sentimentos ambivalentes que estão intimamente relacionados à história e às experiências vividas pela mulher ao longo da sua vida. Acrescentam ainda que a gravidez de uma mulher reflete toda a sua vida anterior à concepção, as suas experiências com os próprios pais, as vivências do triângulo edipiano, as forças que a levaram a adaptar-se com maior ou menor sucesso a essa situação e, finalmente, a separação dos seus pais. Todos estes aspetos influem diretamente a sua adaptação ao novo papel, oferecendo às mães/mulheres, a oportunidade de resolverem velhos conflitos de separação, promovendo uma nova fase no seu processo de individualização das relações simbióticas originais. Compreende-se então, que a gravidez não se resume apenas a uma fase de transição relacionada com a assimilação de um novo papel, mas mais do que isso: constitui-se como uma fase em que velhos relacionamentos podem ser mentalmente retrabalhados, podendo ser concebida como um período de constante confronto entre a satisfação de desejos e o reconhecimento da realidade.

Para os mesmos autores (2002), a maioria das mulheres experimenta uma agradável expectativa, reconhecendo a gravidez, como uma oportunidade para aprenderem sobre si e sobre o novo papel que estão a vivenciar. Por essa razão, Maldonado (2002) refere-se à gravidez como um acontecimento que envolve grandes mudanças, implicando perdas e ganhos, justificando, por si só, a existência de sentimentos antagônicos, considerada como um período de grande vulnerabilidade. Caron (2002) completa ainda esta ideia referindo que esta fase da vida da mulher é caracterizado por alterações hormonais, físicas e psicológicas, encerrando os maiores desafios, segredos e incertezas do ser humano, cercada de mistérios insolúveis e estranhas reações que acompanham todo o desenvolver do processo até o parto.

A incógnita e a ansiedade não findam com o terminar da gravidez. Aquando do nascimento de um bebé, a mulher experiencia um sem número de expectativas, fantasiando com uma realidade distinta daquela que irá acontecer. Todavia, surge a confrontação com o bebé real, levando a que a mulher aperceba-se das diferenças que existem quando comparado com o imaginado, sentindo-se assustadas e confusas com os primeiros cuidados que terão de prestar, passando a criança a ser concreta, integrando-se em pleno no seio familiar, passando a haver uma partilha com os demais membros da família, não sendo uma relação exclusivamente estabelecida com a mãe, ocorrendo uma transformação e modificação do seio familiar, processo já iniciado aquando da gravidez (Borsa e Dias, 2004).

Contudo este período de incógnita, iniciado aquando do diagnóstico da gravidez e que se prolonga até ao pós-parto, exige a **confrontação com a realidade** que ocorre de forma prematura com a novidade da gestação. Por esta altura, muitas são as dúvidas e questões que se colocam, relacionadas com as mais variadas dimensões do ser humano e, mais amiúde, das suas relações sociais. O futuro das relações conjugais depende da forma como o casal lida com a chegada de um novo membro à família. Vaz e Relvas (2007) adiantam que o início da relação parental ocorre ainda na gravidez, através da previsão do que será a maternidade e

a paternidade. A confrontação com a realidade permite então, perceber de que forma essa preparação será iniciada, no meio de um turbilhão de sentimentos e inseguranças, que são naturais e que se deseja passíveis de serem ultrapassados. Independentemente do grau de satisfação que se pode ter por se estar grávida, o seu conhecimento trás sempre muitos receios. Mesmo quando desejada, mesmo que vivida com muita emoção e alegria desde o primeiro momento: a euforia inicial dará lugar a que surjam as primeiras dúvidas, receios e medos pela confrontação da realidade com o abstrato, pois fisicamente e externamente a mulher está igual, mas o seu corpo vivencia um conjunto de mudanças que envolvem aspetos biológicos, psicológicos e sociais (Conde e Figueiredo, 2007). No mesmo sentido, o abstrato impõe-se também na definição do feto: que bebé é esse que se está a desenvolver? Como será? Qual o seu género? A certeza, porém, de haver uma nova vida a formar-se no seu útero leva a que a futura mãe viva um misto de sentimentos contraditórios em relação ao seu novo papel. O medo de falhar instala-se e associa-se ao receio das novidades e mudanças profundas que viverá no próximo ano e para sempre na sua vida. A este propósito, Figueiredo (2001) refere que o processo transicional para a parentalidade caracteriza-se pela mudança a diversos níveis, exigindo um processo de adaptação árduo e onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento, ajustando-se à multiplicidade de transformações que ocorrem tanto no seu próprio corpo, como em resultado de situações ocorridas ao longo da gravidez, parto ou de expectativas relativas aos novos papéis gerados com a gravidez e em torno do bebé, as quais implicarão uma obrigatória reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais.

Este período de adaptação, de acordo com investigações publicadas nos últimos anos, conduz invariavelmente ao aumento de sintomatologia ansiosa e depressiva, mostrando que quanto maior for o nível de ansiedade registado pela mulher ao longo da gravidez, maior o risco de apresentar sintomatologia depressiva no pós-parto (Robertson, Grace, Wallington e Stewart, 2004; Koutra *et al*, 2013; Dubber, Reck, Müller e Gawlick, 2014; Pereira *et al*, 2014). A este propósito, muitos são os fatores

que foram encontrados como sendo a justificação para o estado ansioso da mulher ao longo da sua gravidez, encabeçando a lista o conhecimento de que se está grávida. Na verdade, engravidar pode ser um dos acontecimentos mais angustiantes que podem acontecer na vida de uma mulher e do seu companheiro. Há muitas expectativas que se tem da gravidez, no entanto parece haver um pacto de silêncio no que se trata em partilhar as histórias/acontecimentos, menos perfeitos que ocorreram ao longo da gravidez, bem como as angústias, os medos e os sentimentos menos positivos acerca deste acontecimento na vida das mulheres. Soma-se a este facto, inúmeras questões, dúvidas que alimentam a ansiedade: como será a gravidez? Como estará o bebé? As análises estarão bem? E o Parto? A verdade é que a ansiedade do parto inicia-se muito antes da própria gravidez. A sociedade e os media, acabaram por criar e difundir uma ideia estereotipada acerca do parto que, como se torna evidente, conduz à imagem mental de que quanto mais medicalizado for o parto, mais seguro será, permitindo-lhes requerer a cesariana quando entenderem que o parto está a ser complicado. Estudos como o de Hildingsson (2014) e o de Christiaens, Van De Velde e Bracke (2011), que tem como objeto de estudo o medo do parto, salientam o medo das mulheres da hora do parto devido ao bem-estar do seu bebé, pois têm medo dos filhos saírem magoados ou que nasçam com uma malformação adquirida no parto, revelando um excessivo medo do trabalho de parto e parto pelas consequências que podem ter sobre os seus filhos, mais do que sobre elas próprias.

O Estudo de Hildingsson (2014) vai mais longe. Os seus resultados vão ao encontro do proferido pelas participantes no presente estudo, pois as mulheres demonstram ter convicções muito fortes sobre a importância que assume para elas ter um parto seguro e pouco stressante para o bebé. Aquelas que têm referências positivas de partos por via vaginal, anseiam por este tipo de parto. No mesmo sentido, as mulheres que possuem referências negativas sobre o parto por via vaginal, anseiam por cesarianas, priorizando um nascimento seguro, tendo a oportunidade de decidir sobre o nascimento, sem *stress* para elas próprias, desejando

evitar a dor, planejando a sua data, vendo o parto como algo temível e contranatura.

Outro aspecto importante que foi salientado pelas participantes foi o tipo de acompanhamento, o formal e o informal. Referem que o informal, tem como objetivo proporcionar a segurança que necessitam. Kepler (2003) e Simkin (2009) reforçam esta ideia ao afirmarem que o acompanhante significativo é a única pessoa na sala de partos que conhece realmente o ponto de vista da mulher e as suas expectativas, podendo falar por ela se tal for necessário. Por outro lado, no que se refere à rede formal de cuidados, as mulheres anseiam para que sejam ouvidas, abandonando o papel passivo a que têm sido remetidas. Todavia, as questões de poder parecem dificultar uma tomada de posição mais segura, mesmo porque as ausências prolongadas dos profissionais da sala de partos parece aumentar a ansiedade nas mulheres, oferecendo oportunidades reduzidas de construir uma relação de confiança e de receberem apoio especializado, como foi possível encontrar no presente estudo, bem como no estudo desenvolvido por Ross-Davie (2014).

A Experiência do Internamento em uma unidade de obstetrícia caracteriza-se por uma experiência única e indescritível, uma vez que o internamento é marcado pelos primeiros contatos com o bebê e há a tomada de consciência de que o bebê que está ali ao seu lado é o seu filho: é o real com todas as (im)perfeições que tem, sendo um momento ímpar para o estabelecimento de laços e vínculos eternos, procurando dar resposta às expectativas que emergiram ao longo da gravidez, procurando readaptá-las para que o investimento que foi sendo feito, se mantenha a fazer sentido, possibilitando o exercício da maternidade. Neste sentido, o estudo de Piccinini *et al* (2004), vai mais longe explicando que a relação da mãe com o bebê tem o seu início no período pré-natal, ocorrendo, basicamente, através das expectativas que a mãe tem sobre o bebê e da interação que estabelece com ele, servindo esta primeira relação como prelúdio para a relação mãe-bebê que se estabelece depois do nascimento. Acrescenta ainda que as expectativas construídas em volta do bebê imaginário que cada mãe constrói, envolvem, principalmente, o sexo do

bebê, o nome, a maneira como ele se movimenta no útero, e as características psicológicas que são a ele atribuídas.

Por outro lado, as relações estabelecidas com os profissionais aquando do internamento parece ser outro fator determinante para a adaptação à maternidade. Na verdade, investigações demonstram que o apoio psicológico oferecido no pós-parto pode capacitar a mulher, ajudando-a no processo de transição para a parentalidade, uma vez que é-lhe oferecida a possibilidade de partilhar as suas angústias, receios, inseguranças e, simultaneamente, são trabalhadas as deceções e desilusões das expectativas criadas e que são contrárias à realidade observada (Pelcastre *et al*, 2005). Todavia, os julgamentos, ainda que inconscientes, realizados pelos profissionais podem ser decisivos na forma como a mulher viverá o seu processo de transição para a parentalidade. Atitudes como a disponibilidade, o apoio, o fornecer informação e explicando os procedimentos, são valorizadas pelas participantes. Na mesma medida, valorizam a insensibilidade, os julgamentos, a ausência e a imposição de ideias por parte dos profissionais. Por encontrarem resultados semelhantes no seu estudo, Stamp e Crowther (1994) recomendam que se reflita sobre a importância que os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica têm no pós-parto recente, não só pelos conselhos úteis que fornecem, mas também pelo apoio que proporcionam. Salientam, no entanto, que estes profissionais não reconhecem esta prática como fazendo parte do seu papel profissional, necessitando haver maior reflexão e investimento neste período do ciclo gravídico-puerperal. No mesmo sentido parece que partilhar o quarto com outras mulheres é um fator que pode ajudar as mulheres, na mesma medida pode ser um fator desencadeante de *stress*. Tudo dependerá de quem são as pessoas com quem se partilhe o quarto, bem como com o nível de autoconfiança. Ainda que a ansiedade de regressar a casa se instale, logo que a mulher se sintam bem, a verdade é que as inseguranças voltam a instalar-se. Os receios multiplicam-se e as dificuldades emergem. Por mais feliz que se esteja, o pós-parto é um período cansativo, que se caracteriza pela árdua tarefa de se cuidar de forma ininterrupta e de receber, sucessivamente,

visitas para congratular a chegada de mais uma criança à família/círculo de amigos. Assim, faz cada vez mais sentido, como referem Hascoët e Petitprez (2014), preparar a alta de forma cada vez mais precoce, ainda no período pré-natal, preferencialmente no terceiro trimestre, fornecendo informação de que forma a alta decorrerá e antecipando problemas que podem ocorrer. Outros aspeto que salientam seria o de garantir a continuidade de cuidados entre o hospital e os centros de saúde, bem como repensar os tempos de internamento, redefinindo o acompanhamento a oferecer às mulheres e recém-nascidos no primeiro mês de vida. Uma alta bem preparada, poderá, assim, ser um passo decisivo para se garantir uma transição eficaz para a parentalidade, atenuando-se medos, flexibilizando-se inseguranças e garantindo uma prestação de cuidados ao recém-nascido mais adequada.

Outro fator que parece estar na base do desenvolvimento de ansiedade são as **dificuldades sentidas**. Estas dificuldades parecem estar relacionadas com constrangimentos de ordem financeira, com a inexperiência na prestação de cuidados e com a dificuldade em conciliar tarefas. Aliás, ao analisarmos estas dificuldades, verificamos que são apontadas como sendo fatores que contribuem para o desenvolvimento de Depressão Pós-Parto. A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA - 2005) descreve para a categoria diagnóstica Risco para vínculo pais/filhos prejudicado os seguintes fatores de risco: barreiras físicas (restrição de visitas), ansiedade associada ao papel de pai/mãe, abuso de substâncias (sedativos, hipnóticos, entorpecentes), recém-nascido prematuro, criança doente, falta de privacidade, incapacidade dos pais de satisfazer as necessidades pessoais e separação. Carpenito-Moyet (2005) acrescenta ainda outros fatores de risco, nomeadamente: monitoração de cuidados intensivos e equipamento, doença materna e paterna; gravidez não planeada; desapontamento com a criança; falta de conhecimento e/ou pais modelos; deficiência física dos pais; falta de preparação emocional para lidar com prematuro; expectativas irreais sobre a criança ou sobre si mesmos; problemas económicos e outros eventos *stressores*. Estes dados são reiterados por inúmeros autores nas suas investigações, como são

exemplo Mendes e Galdeano (2006), Beretta, Zaneti, Fabbro, Ruggiero e Dupas (2008), Sousa, Prado e Piccinini (2011).

Recorda-se que o período de gravidez e pós-parto é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas, que podem ter uma influência direta e indireta na vivência da maternidade. Sendo esta uma fase de transição, que implica novos equilíbrios e adaptações, é também um momento particularmente propício à redefinição da própria identidade, pela integração de **condições intervenientes no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP**. De acordo com o estudo de Dolman, Jones e Howard (2013), a maioria das mulheres com patologia mental severa tornam-se mães, sendo que o período perinatal representa um risco acrescido para que vivam uma recaída. Por outro lado, esta é uma fase que favorece o desenvolvimento de patologias psiquiátricas por parte de qualquer mulher, como refere Austin, Kildea e Sullivan (2013), sendo que o suicídio é a causa que lidera a mortalidade materna no pós-parto (Austin, Kildea e Sullivan, 2007). A notícia de que vai ser mãe, de que terá um filho, pode desencadear na mulher um misto de sentimentos e, por mais feliz que possa estar, a consciência de que a sua vida irá mudar por completo, faz com que a mulher sinta sempre receio e ansiedade, tendo que se preparar emocionalmente e psicologicamente para esta nova fase. A **perceção da gravidez/parto/pós-parto** construída ao longo da vida da mulher será determinante na forma como a mulher irá lidar com as novidades do período perinatal. De acordo com Tuono, Mello, Gotlieb e Laurenti (2011), tem sido demonstrado que as fases do ciclo reprodutivo envolvem elementos potencialmente *stressores*, o que acusa fragilidade para transtornos mentais, tendo como fatores atuantes as alterações neuroquímicas e hormonais, associadas a eventos na vida das mulheres que podem implicar profundas mudanças. Saber que se está grávida pode representar uma alegria, mas será sempre envolta em uma névoa de receios: por um lado é a concretização de um sonho, objetivo, mas por outro são inúmeras as preocupações que passam a assolar a mulher/casal, relacionadas principalmente com o desconhecido: *Será que está tudo bem*

com o bebê? Será que nasce quando? E como irá ser quando o patrão souber?, são apenas alguns exemplos. Por outro lado a forma como a família/amigos reage é determinante para que a mulher caminhe para a aceitação da sua gravidez: quanto maior for o apoio deles, maiores são as probabilidades de se tornar um acontecimento desejado, aliás, é um dos objetivos da família a funcionar em pleno, o da solidariedade familiar, como referem Saraceno e Naldini (2003). Assim, progressivamente, a mulher vai resignando-se e aceitando a gravidez, em especial após haver dados concretos sobre a mesma, ou seja, quando ela se sentir grávida e se identificar como grávida. Entretanto, não é a aceitação da gravidez que diminuirá o receio pelo parto e pelo pós-parto. A reação ao parto e ao pós-parto de acordo, com a investigação realizada por Faisal, Matinnia, Hejar e Khodakarami (2014), está muito relacionada, como foi possível constatar com os dados obtidos, com as próprias percepções que a mulher tem desses momentos, da imagem que foi construindo. Salienta-se ainda que existe uma necessidade urgente de se fomentar, nas consultas de vigilância pré-natal, um ambiente que permita a mulher de expressar dúvidas, medos, receios e preocupações, aumentar o conhecimento efetivo das mulheres, desmistificar mitos, aumentando a sua confiança.

De acordo com Maldonado (2000) a mulher vive uma ansiedade que é especialmente aguda nos dias que antecedem a data prevista da mulher se tornar efetivamente mãe e tende a intensificar-se ainda mais quando a data prevista é ultrapassada. Os sentimentos são contraditórios, e flutuam entre a vontade de ter o filho e de terminar a gravidez e ao mesmo tempo de prolongá-la, para adiar a necessidade de fazer novas adaptações exigidas pela vinda do bebê, verificando-se a importância de, no pós-parto, a mulher ter que se adaptar às **Alterações biológicas e psicológicas no ciclo gravídico puerperal**. A gestação é um período de rápidas mudanças e adaptações, tanto corporais quanto emocionais. Ganho de peso, aumento das mamas, quadris e abdômen são algumas das mudanças corporais que acompanham a mulher durante a gestação e que, terminada que está, algumas mantêm-se ainda por algum tempo. Esse corpo em adaptação esbarra com a ideia construída pela sociedade do que é a

perfeição, do ideal de beleza e da boa forma. Como refere Cairolli (2009) a imagem corporal é a representação mental do nosso corpo e a mulher, ao longo do ciclo gravídico-puerperal, vê o seu corpo mudar rapidamente, afastando-se daquilo como ela estabeleceu como sendo a sua identidade. A título de exemplo, repare-se que a autora, na sua investigação, conclui que existe uma relação significativa entre o peso corporal e a imagem corporal, levando a que as mulheres fiquem insatisfeitas com o seu corpo (60, 22% de uma amostra de 93 mulheres). Estes dados vão ao encontro do referido pelas entrevistadas no presente estudo, que apontavam como receio o aumento de peso, não só por questões estéticas, mas também por questões de saúde. Todavia, as questões de imagem corporal ultrapassam o aumento do peso, focando-se em outras alterações mais definitivas, como são as estrias ou as varizes. Não admira, então, que este facto assuma um elevado impacto na saúde psíquica das mulheres, mesmo porque o conceito de imagem corporal não se restringe ao próprio corpo, mas incorpora condições de subjetividade criadas a partir de diversas influências, como refere Olivier (2004). O autor acrescenta que a imagem que cada um tem do seu corpo é algo dinâmica, transformável e permeável a sentimentos e justifica a labilidade autopercecionada pela influência dos estados emocionais, dos conflitos psíquicos e do contacto com o mundo e com outras pessoas. No entanto, saliente-se que as alterações psicológicas mais importantes que são vividas, são as relacionadas com a adaptação da mulher à maternidade e à sua transição para a parentalidade. Este processo, como se pôde constatar com os dados obtidos, inicia-se quando a mulher descobre que está grávida, culminando em um ponto temporal incerto, caracterizando-se por uma vulnerabilidade exacerbada e a percepção de que ela própria está mais frágil. Na investigação desenvolvida por Rogan *et al* (1997), que tem como objetivo desenvolver uma teoria explicativa do fenómeno de se tornar mãe, fica bem patente que a mulher passa por um conjunto de fases, rumo à plena adaptação à maternidade a caminho de uma parentalidade positiva. Assim são elas: *realising, readiness, drained, aloneness, loss, working it out*³⁴. Estas fases são as

³⁴ Tradução livre do autor – Compreendendo, prontidão, filtração, solidão, perda, resolvendo.

categorias da sua teoria e que englobadas na categoria central *becoming mother*³⁵. Todavia, por vezes a estagnação em uma delas, por falta de resposta às necessidades da mulher, pode representar um impasse conducente a uma situação de crise.

Outro aspeto que parece transformar-se com a maternidade tem a ver com a própria **interação social alterada**. O lazer e o convívio social estão comprometidos na parentalidade, provocando sentimentos de solidão e isolamento nos pais. As mulheres associam a chegada de um filho à sua inibição de sair de casa e, quando o fazem, as ausências são sempre muito limitadas no tempo.

Embora gostassem de manter contato com o mundo, como sempre o fizeram, entendem ser necessário resguardar o bebé pela sua fragilidade e necessidades, pelo que acabam de se privar da sua vida social, referindo viverem em clausura. Por este motivo, acabam por viver uma vida rotineira em casa, com perda de autonomia para sair e manter uma vida social ativa com um bebé pequeno. As saídas que realizam ainda não se assemelham às da vida passada e, não raras vezes, não valem o esforço e os riscos a que submetem o bebé. Por outro lado, em especial nas primeiras semanas pós-parto, sentem a sua intimidade ameaçada, não só por sentirem o seu espaço usurpado, mas por elas próprias se sentirem invadidas pela opinião de familiares e amigos. Se confrontam com o espaço de intimidade da sua casa transformado numa sala para visitas e com a aproximação e interferência da família de origem e amigos. Na verdade, a afluência de opiniões é ainda superior à afluência de visitas, o que conduz à instalação de dúvidas e ao sentimento de deixarem de ser donos do seu próprio espaço e de terem controlo sobre a situação, o que contribui para um agravamento do seu bem-estar físico e mental. Acrescente-se que não são só as pessoas externas à família que lhes provoca este sentimento de intrusão; também o sentem em relação ao próprio bebé, mais em termos emocionais e por não lhes dedicar nenhum tempo que possam utilizar com qualidade.

³⁵ Tradução livre do autor – Tornando-se mãe

A **amamentação** parece também estar relacionada com a manifestação de sintomatologia depressiva. Por um lado, desencadeando sentimentos de incapacidade e frustração, quando se regista insucesso ou uma desistência por causa de saúde, por outro, quando a mulher se sente pressionada a estabelecer uma prática que não deseja e que já tinha estabelecido que não queria. Na verdade a investigação sobre esta relação ainda é ambígua, no entanto alguns estudos têm demonstrado que a depressão pós-parto surge após a interrupção da amamentação ou que a sua descontinuação precoce pode estar envolvida entre as causas de depressão pós-parto. (Hannah, Adams, Lee, Glover e Sandler, 1992; Astbury, Brown, Lumley, e Small, 1994; Mezzacappa e Katkin, 2002; Mezzacappa e Endicott, 2007). Por outro lado, parece haver uma relação entre o insucesso da amamentação e a manifestação de sintomas depressivos, em especial em mulheres que já estavam em risco de desenvolver depressão pós-parto ou com a manifestação de sintomatologia depressiva (Figueiredo, Canário e Field, 2014). Assim, pode-se mesmo indagar se esta será a melhor via para alimentar os bebés de mulheres em risco de desenvolver depressão pós-parto? Efetivamente, a amamentação exige uma certa flexibilidade de horários, de duração da mamada e de um outro sem número de aspetos, para os quais a sociedade atual não se encontra preparada, em especial as mulheres em risco de desenvolverem depressão pós-parto. Numa época em que o facilitismo e o concreto imperam, tenta-se dominar cada vez mais a natureza, sem que se entenda que existem aspetos que não são passíveis de serem dominados. Aquelas que ao longo da gravidez decidiram não amamentar, e que se veem coagidas pelos profissionais a amamentar, acabam por desenvolver sentimentos de culpa que poderão contribuir para a manifestação de sintomas depressivos. Compreenda-se que a decisão da mulher em não amamentar está relacionado com crenças que foram sendo construídas o longo do tempo, como pôde constatar Espada (2012) na investigação que conduziu nos Açores.

Se, por um lado, a família pode ser um forte suporte para a mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, também uma **situação familiar** desestruturada pode contribuir para o agravamento da sintomatologia

depressiva. Manter relações familiares irritáveis (cônjuge/mãe/sogra), parece favorecer a manifestação de sintomas depressivos, especialmente se na base estiver relações conflituosas mal resolvidas com a sua própria mãe, como sugerem os dados obtidos. As famílias de origem influenciam poderosamente na configuração das novas famílias que vão se formando com o passar do tempo, verificando-se, com o nascimento do primeiro filho, uma inter-relação dessas histórias, marcando o início do ciclo de vida desta nova família, sendo um dos principais fatores que influenciam na adaptação à parentalidade (Canavarro, 2001).

Benner, Burgut, Ghuloum e Sheikh (2012) no estudo realizado junto de 1338 mulheres até aos 6 meses de pós-parto encontraram significância estatística na correlação entre as variáveis falta de apoio familiar e depressão pós-parto (OR = 1.52; $p = 0.016$).

A grave crise financeira que o país atravessa, que se traduz em empregos precários, elevados índices de desemprego, aumento da carga fiscal e do nível de vida, conduz a que haja um agravamento das condições de vida das famílias e a um agravamento das dificuldades financeiras que favorece o aparecimento de sintomatologia depressiva, como se pode constatar pelos dados obtidos. Benner, Burgut, Ghuloum e Sheikh (2012) encontraram significância estatística na correlação entre as variáveis dificuldades financeiras e depressão pós-parto (OR = 2.04; $p < 0.001$).

A preocupação que apresentam com os outros filhos parece ser um facto com duplo sentido: por um lado, aumenta a preocupação com eles, por ter que os relegar para segundo plano assim que entrarem em trabalho de parto, não só porque estarão afastadas deles, mas também porque não poderão dar resposta às suas necessidades, fazendo o possível de não fomentar crises de ciúmes, o que passa por proporcionar-lhes atenção, como é referido por Oliveira e Lopes (2010). Todavia, é também a presença dos filhos que as resgatam das ideias de infligirem algum mal a si próprias.

Muitos são os eventos que condicionam o bem-estar das mulheres e a sua **situação de saúde no pós-parto**. As manifestações de tristeza e cansaço, os desconfortos sentidos e as alterações da autoimagem; o receio de ser

abandonada pelo companheiro, o estar apreensiva com o futuro e o receio de voltar a ter uma depressão, são algumas situações que afligem as mulheres, como foi possível constatar com os dados obtidos. Aqui fica patente que as mulheres não estão só atentas à sua dimensão física, mas também à sua dimensão psíquica. Mais uma vez, as questões de autoimagem são salientadas e focadas, acrescentando agora o facto de se sentirem cansadas e extenuadas, diminuindo a sua capacidade de reagirem às intempéries do pós-parto e de se readaptarem às novas circunstâncias da vida.

O **apoio profissional inadequado**, que se traduz pela adoção de atitudes paternalistas em relação às puérperas e bebés, pela demonstração de pouca disponibilidade pelos profissionais e pelo excesso de informação fornecida quer ao longo do internamento, quer ao longo das consultas, parece ser outra situação que contribui para o mal-estar das puérperas. Evitando o paternalismo (que se caracteriza por um desrespeito pelo direito à autonomia da mulher) e demonstrando maior disponibilidade, por certo, provocará nas mulheres maior segurança e confiança nos cuidados que lhe são prestados (Beauchamp, 2002). Efetivamente, o apoio dos profissionais ao longo da fase perinatal, reveste-se de grande importância, pois um acompanhamento adequado pode representar uma deteção precoce de distúrbios emocionais, permitindo uma rápida intervenção, no sentido de prevenir complicações mais sérias. A verdade é que os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica são, entre os profissionais, quem estão em melhor posição para desenvolver uma relação de confiança com as mulheres nesta fase da sua vida e com as suas famílias. Como referem McCauley-Elsom, Elsom, Gurvich, Cross e Kulkarni (2009) é esta posição privilegiada que possibilita uma oportunidade única para apoiar as mulheres que estejam a enfrentar desafios de saúde mental. O estudo destes autores, conduzido na Austrália, identificou que as mulheres no ciclo gravídico-puerperal que experienciam perturbações mentais mais facilmente discutem esses problemas com um enfermeiro especialista de saúde materna do que com um enfermeiro especialista de saúde mental. Embora a informação seja

necessária para garantir uma transição eficaz para a parentalidade, há que haver a preocupação de perceber qual a informação que a mulher necessita e, então, completar a informação que possui com aquela que se considere necessária, evitando excessos.

Importa referir que a construção deste processo de *ser mãe* acarreta respostas parentais. Assim, o **constructo respostas parentais no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP**, procura sintetizar as respostas das mulheres neste sentido e que podem ou facilitar ou inibir este processo.

O aprofundamento e redefinição da conceção do que é ser-se mãe, da vivência da maternidade e da perceção de se ser mãe pode estar na base do começo de dificuldades várias, conduzindo a disfunções e problemas com impacto negativo na saúde da mulher e de toda a célula familiar. Todavia, uma vez grávida, a construção e a **conquista do papel maternal** inicia-se de imediato, baseado na construção social e na integração dos conceitos sobre maternidade que vão sendo assimilados desde tenra idade, bem como na história individual e nos processos de aprendizagem, as atitudes adotadas aquando da confrontação com o bebé (Wimmer-Puchinger, 1985). Todavia, fruto das alterações sociais a que se assiste, o apoio que era assegurado pelas famílias aquando do nascimento de um filho, hoje em dia já não é uma realidade. O aumento dos movimentos migratórios e a integração maciça da mulher no mercado de trabalho são apenas dois exemplos de como a mulher acaba por ver reduzido o apoio que necessita. Assim, dos serviços de saúde, exige-se cada vez maior criatividade e inovação na procura de resposta às novas necessidades que vão surgindo, como refere ainda Wimmer-Puchinger (1985), acrescentando que a relação mãe/filho pode ser apoiada pela rotina hospitalar, se houver o cuidado de garantir: um cuidado individual se os profissionais de saúde/enfermeiros prestarem maior atenção à situação pessoal de cada mulher e ao seu processo de se tornar mãe, proporcionando informação e suporte psicológico aos futuros pais; proporcionando contacto precoce pele a pele entre mãe e recém-nascido e facilitando as visitas hospitalares a irmãos do bebé. Deste modo, reforçar-se-á a conquista do papel

maternal, evitando que a mulher se sinta incompetente para cuidar do seu bebé, sinta dúvidas para o exercício eficaz da maternidade e sinta um amor incondicional. A investigação de Walsh (2006) reforça esta ideia, salientando a importância que os profissionais assumem para o reforço das competências maternas, e no processo de se tornar mãe, reforçando que mais do que competências clínicas, dos profissionais exige-se mais competências relacionais. Smythe, Payne, Wilson e Wynyard (2013), na sua investigação concluem que quando é proporcionada às mulheres um espaço que as fortalece, então elas sentem-se mais maternas, sentem-se cuidadas: sendo ouvidas, tendo as suas necessidades antecipadas, sendo cuidadas de forma atenta. Por outro lado, uma das respostas involuntárias das mulheres à maternidade é o de se reconhecerem emocionalmente perturbadas, podendo este facto relacionar-se, em uma fase inicial da gravidez, com a insegurança, incerteza e surpresa de se tornar mãe e, *a posteriori*, relacionada com o parto e mesmo com as suas condições de vida, bem como a sua inaptidão para cuidar de um filho. Estes sentimentos contribuem para que se sintam assoberbadas pela chegada do bebé, sentindo-se cansadas e extenuadas por estarem sempre a refletir sobre estes aspetos, mas também porque apresentam o seu ritmo biológico alterado.

A **tomada de consciência de que é mãe** não acontece só por a mulher se sentir ligada ao bebé, mas também por se identificar como mãe e como tendo um filho, o que conduz à perceção de que tem outras responsabilidades. Ainda assim, encaram a dependência do bebé como positiva, ainda que mantendo o receio de lhe acontecer alguma coisa.

Embora as mulheres sintam que a chegada do bebé tenha sido preparada ao longo de 9 meses, a verdade é que têm a perceção de que o início efetivo da parentalidade ocorre, de um momento para outro, quando o bebé nasce e chora pela primeira vez. É de facto uma revolução, um marco importante na vida da mulher/família, pois marca o início de uma nova fase com novas organizações, novos pontos de equilíbrio e novos desafios, e que serão feitos para e durante o resto da vida, sendo que quanto mais tranquilas se sentirem a percorrer este caminho, mais as mudanças e

transformações que se escolha fazer e os desafios que com que se depara, serão encarados, protagonizados e aceites com tranquilidade. Como dizia o poeta António Machado, *o caminho faz-se caminhando...* Como refere Mercer (2004) a mulher estabelece a identidade materna quando se torna mãe através de seu comprometimento e envolvimento na definição do seu novo *Self*. A identidade materna continua a evoluir à medida que a mãe adquire novas habilidades para recuperar a confiança em si, à medida que surgem novos desafios. É essa confiança que vai fazendo com que progressivamente a mulher vá controlando o medo que tem de que aconteça alguma coisa de mal ao seu filho, verificando-se essa situação aos 4/6 meses de pós-parto.

Desta forma, sentem a sua confiança a crescer, de tal modo que parece influir na maneira como elas próprias cuidam dos seus filhos **assumindo-se como mãe**. Este é um desafio relevante do ponto de vista da transformação desenvolvimental que pontua o ciclo de vida das mulheres, uma vez que obrigam a uma atualização dos seus significados pessoais no sentido de permitir a integração das novas experiências (Hermans & Hermans-Janquesen, 2003). De acordo com Rogan (1997) e Duarte (2009), tornar-se mãe tem vindo a ser reconhecido como um desafio para a mulher ocidental contemporânea, que se caracteriza por profundas alterações, um forte sentido de perda, isolamento e fadiga, o que faz com que a mulher concerte estratégias para poder encontrar algum tempo para si, importante para se reestruturar e repensar. Partilhar os cuidados ao bebé; assumindo a responsabilidade pelo bebé; abdicando de si a favor do bebé; vivendo sentimentos e emoções no exercício da parentalidade; descrevendo-se como mãe, são no fundo a forma como a mulher vai progressivamente transitando para a maternidade (Brunton, Wiggins e Oakley 2011). Afigurando-se como uma das tarefas desenvolvimentais normativas mais relevantes e exigentes no percurso de vida da mulher, ela necessita encontrar formas de ver a sua identidade reconstruída, integrando o novo papel e o novo ser no seu *Self*, reconhecendo e percebendo que alguns elementos da identidade prévia são ameaçados e novos elementos terão que ser integrados (Mercer, 2004). Por conseguinte,

como refere Soifer (1992) o puerpério configura-se como uma situação de delimitação entre a gravidez e a chegada do filho. É nesse dinamismo que se apresenta as adaptações que a mulher se defronta, como o conciliar do papel materno com os demais que já desempenhava anteriormente: o de mulher, o de esposa, o de mãe, entre outros. Essa adaptação ocorre mesmo que ela já tenha experienciado o “ser mãe”, pois cada experiência é nova e singular para a mulher. Maldonado (2000) afirma que as dificuldades em assumir o papel de mãe são antecipadas pela ansiedade e o medo, mesmo antes do parto e prolongam-se pelo puerpério.

Outra situação que parece estar na base de sintomatologia depressiva são as respostas relacionadas com a **reação perante a confrontação com o bebê**. A comparação do bebê que tem nos seus braços, com o que imaginou (como já debatido anteriormente neste capítulo), as características do bebê (emocionais e psíquicas), a preocupação desmedida com o bebê (em especial com o choro) e a sua culpabilização pelas alterações que o bebê apresenta, parecem ser fatores que contribuem para o agravamento de sintomatologia depressiva, empurrando a mulher cada vez mais perto de um abismo e agravando a insegurança que pode sentir. A verdade é que a mulher vai sofrendo um processo adaptativo, desde que o seu filho nasce e que implica, de acordo com Brazelton e Cramer:

- A finalização brusca da fusão com o feto, com fantasias de integridade e onipotência proporcionadas pela gravidez;
- A adaptação a um novo ser que provoca sentimentos de estranheza;
- Lamentar a perda do filho imaginário (perfeito) e adaptar-se às características específicas do bebê real;
- Dominar o medo de fazer mal ao filho indefeso;
- O aprender a tolerar e desfrutar as exigências do bebê.

(1993, p. 44)

Todavia, como refere Lebovici (2004), a condição mais importante para o exercício e desenvolvimento da parentalidade, é a criança, pois é ela que

no decorrer do seu desenvolvimento e na confrontação de novas exigências e necessidades, constrói e *parentaliza* os Pais, obrigando-os a uma constante autoredefinição (Colman e Colman, 1994; Brazelton e Cramer, 1993).

Relativamente às **Estratégias utilizadas para lidar com a parentalidade quando em risco de DPP**, de acordo com a pesquisa de Rogan *et al* (1997), mesmo deprimidas as mulheres parecem conseguir consertar estratégias capazes de lidar com os seus filhos e suprir as suas necessidades. Estas estratégias não são mais do que a manifestação de que a transição para a parentalidade está a ocorrer, pois inicia-se um processo de transformação individual, conjugal e social, através do qual a mulher começa a redefinir a sua identidade parental, desenvolvendo competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na sua vida, na do casal e na do filho (Schumacher e Meleis, 1994; Meleis *et al*, 2000).

Para isso contribui a capacidade de ir **reorganizando as tarefas do dia-a-dia**, ou seja, adequar o planeamento das suas atividades às novas exigências da maternidade. Isto acontece quando as mulheres se apercebem que têm de adequar o seu ritmo biológico ao dos bebés, aproveitando para descansar quando ele dorme e relegando para segundo plano as tarefas do lar. Percebem que essa é a única possibilidade que têm de se equilibrar e de evitar a rotura, em uma reflexão sobre o que tinham, o que têm, como forma de perceber o que querem ter, ou seja, refletindo sobre o que era a sua vida e o que passou a ser após toda esta transformação, a mulher percebe que tem obrigatoriamente de criar novos significados e percepções (Meleis *et al*, 2000).

Ao partilharem com o companheiro, ou com outros familiares, as responsabilidades com o lar e os cuidados ao bebé, a mulher garante algum tempo para dedicar a si, assegurando, simultaneamente, o seu equilíbrio e a sua saúde mental. Para além disso, dá-lhes a possibilidade de recuperarem um pouco da sua vida social. Constata-se que existe diferença de atitude da mulher do puerpério tardio para o remoto, pois enquanto inicialmente ainda apresentavam muita dificuldade em se ajustar

à presença do bebê, posteriormente conseguem integrar o bebê na realização dos seus afazeres, ajustando, inclusive, o seu ritmo biológico ao do bebê. Esta mudança, de acordo com Meleis (2005) indicia que a transição está a acontecer, pois a pessoa a incorporação de novo conhecimento, alterando o seu comportamento e por conseguinte fazendo com que haja uma mudança na definição do “eu” no contexto social.

Outra estratégia que vão conseguindo desenvolver com o tempo, é o facto de irem **aprendendo a lidar com situações problemáticas**. De acordo com Canavarro e Pedrosa (2005) a transição e adaptação para/à parentalidade pode fazer-se de acordo com a perspetiva assente na teoria de *stress* e mudança, em que o processo de parentalidade baseia-se na conceção de adaptação à crise. Parece, desta forma, que a mulher em situação de crise iminente por estar em risco de desenvolver DPP, mantém a capacidade de reaprender a avaliar as situações, pôr em prática novas estratégias, procurando perceber se são as mais adequadas ou não, em uma tentativa de recuperar o controlo sobre a sua vida e sobre tudo aquilo que necessite da sua atenção.

Todavia, ainda numa fase tardia do puerpério, parece haver algum desnorteamento relativamente aos cuidados ao bebê, devido em muito à inexperiência, mesmo não sendo o primeiro filho, até porque alguns cuidados têm vindo a se modificar nos últimos anos, bem como as próprias condições de vida, mas que, com a recuperação da sua autoconfiança, aos 4/6 meses essas dificuldades foram sendo ultrapassadas, pois as mulheres procuram aprender a cuidar do bebê, recorrendo, para tal, a redes de apoio formal e informal.

A verdade é que, durante o ciclo gravídico puerperal, a rede de apoio formal, especialmente aquele proporcionado pelos enfermeiros, constitui-se como um importante recurso que garante condições promotoras do bem-estar materno, familiar e de desenvolvimento da criança (Knauth, 2001). Os cuidados têm como objetivo primordial a manutenção e promoção da saúde nas suas dimensões física, mental e social, sendo o papel da enfermeira o de ajudar as mulheres, tendo em linha de conta as

suas percepções e o contexto onde estão inseridas (Kérouac *et al*, 1995). A este paradigma denomina-se por visão percebida (Meleis, 2007).

Por outro lado, o apoio social, a relação com a mãe, as famílias de origem, são vetores de suporte informal importantes para o processo de transição para a parentalidade (Canavarro, 2001).

Acrescente-se, que as mulheres, para além do apoio que procuram, granjeiam também ser criativas e inovadoras, procurando dar a volta a problemas que se colocam, implementando soluções eficazes para o mais variado tipo de problemas. Porém, para que cheguem a esse ponto, têm que aprender a controlar a ansiedade, porque só assim conseguirão atingir um nível de confiança, que lhes permita sair do que está normalizado e estandardizado, adoptando estratégias inovadoras.

Finalmente, a última estratégia a que recorrem para garantirem a transição para a parentalidade é a de se **tornarem o centro da sua vida**, procurando viver um dia de cada vez, partindo do pressuposto que só valorizando a si, irão conseguir enaltecer o que as rodeia. Esta postura marca uma nova etapa na vida da mulher, do filho e da família, pois é a consciencialização de que é necessário, ela própria, reagir para fazer face ao conflito que está a vivenciar. Assim, abandonando o período específico da gravidez e focando a transição para a parentalidade, podemos verificar, então, que este é o período onde se dá continuidade à resolução de algumas tarefas iniciadas na gravidez e que, devido ao processo vivenciado, foi interrompida. Estas tarefas iniciam-se com a construção da relação com o próprio bebé, mas agora enquanto pessoa com vida própria e com identidade sua (Cowan e Cowan, 1995).

Deste modo, inicia-se a resolução das tarefas desenvolvimentais características da transição para a parentalidade (Canavarro & Pedrosa, 2005), nomeadamente:

a) Reavaliar e reestruturar a relação com os pais (o nascimento do bebé implica uma diversidade de novas tarefas domésticas e cuidados a prestar, onde se pode contar com o apoio dos avós. O bebé surge como um fator unificador entre gerações, criando-se oportunidades de estreitar relações);

b) Reavaliar a relação com o cônjuge/companheiro (o casal tem que reajustar a sua relação, no plano afetivo, da rotina diária e do relacionamento sexual, flexibilizando a aliança conjugal, para formar a aliança parental (Canavarro, 2001; Lederman, 1997). Constitui como um período de risco de desencontro e insatisfação, bem como de oportunidade para aceder a níveis mais completos e gratificantes de relação conjugal e familiar);

c) Construir a relação com a criança enquanto pessoa separada (inicia-se o ajustamento entre o imaginado e o real, altura em que se dá o confronto com o bebé real e se estabelecem, de forma inconsciente, comparações com o bebé fantasiado. O aspeto físico, o temperamento e o comportamento do bebé real tem que ser aceites e integrados. A acomodação prossegue em todo o percurso da criança, e visa integrar realidades distintas das próprias expectativas. É uma tarefa a desempenhar ao longo da vida de qualquer mãe).

d) Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (construção da identidade parental e reorganização da sua própria identidade enquanto filha, mulher, amiga, profissional (Cowan e Cowan, 1995), o que implica a redefinição de valores, prioridades e objetivos, bem como a acomodação de papéis e tarefas, de forma a adaptar-se a este novo estágio, integrando a sua identidade prévia).

Consertam, então um número de ações, de forma a recuperar algum tempo só para si e recuperando a sua identidade (Cowan e Cowan, 1995; Canavarro e Pedrosa, 2005). Procuram viver a sua vida ao ritmo da vida do bebé, porque assim permite-lhes ir dando resposta às atividades do lar, às necessidades do bebé, descansando, nos mesmos períodos de repouso, repondo, desta forma, a sua energia. Esta forma de atuar é reveladora da integração do bebé na sua vida, como referem Canavarro e Pedrosa (2005). Por outro lado, permite-lhes reservar algum tempo para elas próprias, assumindo-se como sendo uma entidade separada do bebé, procurando não se absorver apenas nos cuidados a ele. O tempo, a que têm direito, serve também para refletirem sobre o que será o futuro: a vida profissional, quem cuidará do bebé, como manter a sua identidade, não se

anulando em função dos cuidados a prestar. Aprendem também a controlar os seus medos e receios, no que respeita aos cuidados ao bebé e à sua própria condição de saúde. Outra forma é a de reorganizarem a vida conjugal, aprendendo a criar tempo de qualidade (mais do que quantidade) com o cônjuge, exigindo, na mesma medida, uma maior participação nas atividades cuidativas e domésticas. Para isso, também procuram aprender a evitar conflitos, mais propícios devido ao desequilíbrio hormonal, às alterações emocionais vivenciadas e às frustrações que estão associadas a um pós-parto (autoimagem, dificuldade em conciliar as múltiplas tarefas com a de cuidar, labilidade emocional, entre outras). Esta forma de agir pressupõe, então, a consciencialização da necessidade de concertação de aspetos mediadores de *stress* percebido, designadamente, o apoio social disponível; as componentes da resposta evocada pelo indivíduo (fisiológicas, comportamentais, cognitivas e sociais) e as estratégias implementadas para lidar com o *stress*, habitualmente designadas por *coping*, como referem Canavarro e Pedrosa, (2005).

De acordo com o modelo de *stress* e *coping*, apresentado por Richard Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984), a pessoa faz uma avaliação cognitiva do impacto de um dado acontecimento no seu bem-estar, sendo que é em função destas avaliações que surgem as reações do indivíduo e o resultado de todo o processo adaptativo (Serra, 1999).

As mudanças decorrentes da gravidez e da transição para a parentalidade implicam perdas e ganhos relacionados com as representações ou significados que tais processos representam para cada mulher, exigindo um conjunto de respostas que não integram habitualmente o seu reportório, pelo que implicam adaptações específicas (Canavarro e Pedrosa, 2005).

É na convivência diária com o bebé que a mulher se constrói como mãe, tornando-se mais independente nos cuidados ainda que com algum receio e medo conscientes, manifestando-se, porém, progressivamente menos exigente consigo, mantendo sempre uma postura de proteção

relativamente ao seu filho, tentando reconstruir a sua identidade como mulher, mas principalmente como mãe.

No que se refere ao constructo **consequências do fenómeno da parentalidade quando em risco de DPP**, pretende transmitir o efeito que esse processo tem sobre a mulher em risco de DPP. Que consequências têm para a transição para a parentalidade?

A primeira consequência que se pôde perceber nos relatos das mulheres é o de **transformar-se em mãe**. Este é um papel que vai sendo construído desde criança, não só pelo exemplo do modelo que possuem, a sua própria mãe, mas também por aquilo que vai sendo observado e dito ao longo dos anos. Todavia, para que tal aconteça, há que ocorrer uma série de transformações, em especial aquelas relativas a processos mentais e emocionais (Mercer, 2004). Para Meleis *et al* (2000), este processo depende diretamente das tendências culturais e sociais, das alterações corporais, das expectativas e do grau de desejo relativos à gravidez, da segurança, do apoio emocional e da situação financeira, podendo tornar-se em um processo de stress mais ou menos moderado. Em uma fase inicial reconhecem estar a sentir-se incapazes de assumirem os cuidados ao bebé, sem tempo para nada, sentimentos, que vão sendo esbatidos com o passar do tempo, dando lugar à competência, amor, carinho, afeto, ainda que se mantenham mentalmente fragilizadas. Quando tal acontece, dá-se a incorporação do papel parental, passando a mulher a se entender como mãe, tendo vivido profundas alterações que conduzem a mudança de comportamentos (Canavarro e Pedrosa, 2005). Para isso, contribui muito o reconhecer que necessita de ajuda e o deixar ser ajudada para se sentir mãe, reconhecendo que para se sentirem bem, também devem cuidar de si o que contribui, diretamente, para a sua autodeterminação na assunção do papel de mãe, pois permite sentir-se segura, de tal modo que conduz à redefinição do *self*, dando lugar à construção de um novo papel da mulher enquanto mãe (Mercer, 2004). Para Canavarro e Pedrosa (2005), este processo de transição para a parentalidade depende diretamente da Vinculação estabelecida entre mãe/filho, em uma perspetiva de que a

parentalidade decorre centrada na construção da relação entre a figura cuidadora, que oferece a proteção, e o bebê que procura a segurança.

Note-se que para que tal seja possível, a mulher tem que progressivamente ir **ultrapassando as suas dificuldades** que sempre surgem no processo de se tornar mãe, adotando uma postura de resiliência, conceito que tem sido alvo de inúmeras investigações relacionadas com este tema e pode ser definida, em termos gerais, como a capacidade de voltar a um nível superior de funcionamento, após a vivência de acontecimentos adversos (Beckhan, 2000), podendo então entender-se como superação, que conduz à aquisição da maternidade na sua plenitude e à transição para a parentalidade (Meleis, 2005). A mulher, como já foi dito anteriormente, pode sentir-se cansada e extenuada, mas também vai aprendendo a ultrapassar a exaustão, recorrendo para isso à consciencialização de que necessita fazer mudanças na sua própria vida, de forma a ter tempo para si. Com o passar do tempo, a mulher vai aprendendo a verbalizar as suas emoções, o que lhe permite ultrapassar as dificuldades emocionais, obtendo o apoio que necessita, o que proporciona um certo alívio e, ao mesmo tempo, contribui para a extinção de emoções negativas, sentindo esperança no futuro e acreditando que encontrará um ponto de equilíbrio, um futuro que se caracteriza por uma nova realidade dentro de um padrão que elas consideram normal.

Essa nova realidade implica que as mulheres tenham necessidade de alterar a perceção que têm de si, sendo necessário irem **modelando o seu autoconceito**, de forma a poderem avançar nas tarefas desenvolvimentais a caminho de uma parentalidade bem estabelecida. Partindo da noção de que sempre que um indivíduo assume um novo papel na sua vida, o seu autoconceito altera-se, para incorporar as expectativas, comportamentos e ideias que daí decorrem (Burns, 1991), bem como da noção que a sua natureza é multidimensional (Mercer, 2011), pode-se entender este conceito como um conjunto de crenças que a pessoa tem de si e que têm a particularidade de orientar o processamento da informação que é importante para o indivíduo, a capacidade de moldar a nossa perceção

social (Kassin, Fein e Markus, 2011; Weiten, Dunn e Hammer, 2012) e fornecer objetivos orientados para o futuro (Oyserman, 2001).

Assim se compreende que as mulheres participantes neste estudo assumem uma postura que permita estabelecer novas metas, **planeando o futuro**, estabelecendo um conjunto de condições que favoreçam a concretização do que pretendem.

Porém, nesse processo é normal procurarem ajuda para ultrapassar dificuldades e inseguranças, de forma a aprenderem a ganhar confiança e adquirirem algum equilíbrio emocional aumentando a sua autoconfiança, percebendo que terão de ser uma pessoa diferente. Para tal, é necessário impor e estabelecer limites para a intervenção de terceiros, não só nós cuidados ao bebé, mas também nas críticas, imposições e opiniões que possam ter dela própria. Para isso têm de aprender a assumir as suas decisões e impor a sua vontade, recuperando as rédeas da sua vida. A esse propósito Canavarro e Pedrosa (2005) referem que as relações estabelecidas com terceiros, em especial com aqueles mais próximos do bebé/família, quando proporcionam apoio, pode ser em excesso, o que se constitui como algo negativo, por poder dar origem a dependências ou até conflitos, sendo importante negociar limites entre o apoio e a autonomia.

Conseguindo isso, as mulheres consideram que é possível lutar para recuperar a alegria de viver, algo que lhes é precioso e que sentiram ter perdido, sem que, nessa luta, se esqueçam do que passaram pois, reconhecem que o passado serve para, a partir das experiências, crescer, desenvolvendo a resiliência, a caminho da realização pessoal e de se completar enquanto mulher, pessoa e ser humano (Relvas, 2004).

Como qualquer realidade é repleta de percalços, as mulheres procuram prever novas dificuldades e novas preocupações, de forma a estarem preparadas para quando ocorrerem, procurando manter a sua dignidade. Por outro lado, planeando mudanças na dinâmica familiar e determinando limites de influência, permite-lhes antever a necessidade de proporcionar estabilidade das relações familiares e da dinâmica familiar, o que pressupõem o reconhecimento de vínculos afetivos e psicológicos

envolvidos em espaços de privacidade, de autonomia e de individualidade que devem ser respeitados.

São o conjunto destas subcategorias que fazem as mulheres reconhecerem que necessitam reformular o seu autoconceito, entendendo este empreendimento como uma conquista pessoal, um desafio necessário para testar os seus limites, para os reformular e estabelecer novos horizontes, reconhecendo que cada mudança exige abandonar as suas atitudes antigas para conseguir enfrentar as novas exigências.

Assim, compreender de que forma as mulheres em risco de DPP vivenciam as transições ao nível da sua parentalidade, torna-se pertinente e premente para a Enfermagem, na medida em que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e de suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências, como não é exceção a mulher no ciclo gravídico-puerperal (Meleis *et al*, 2000).

Na Teoria das Transições de Meleis *et al* (2000), a consciencialização é uma propriedade fundamental ao processo de transição e que, no presente estudo, se traduz pelas mulheres/mães demonstrarem: a aquisição de uma consciência acerca das mudanças e implicações que o evento crítico da chegada de um filho provocou nas suas vidas, em geral, e no seu papel parental em particular; a concertação de estratégias necessárias para lidar com estas alterações; a noção da existência de fatores que condicionaram a sua adaptação à chegada do filho e o desenvolvimento do seu papel parental; a aquisição de novos conhecimentos e competências; a noção de que o seu ciclo gravídi-copuerperal acarretou alterações no seu *Self* mais profundas do que era, por si, expectável.

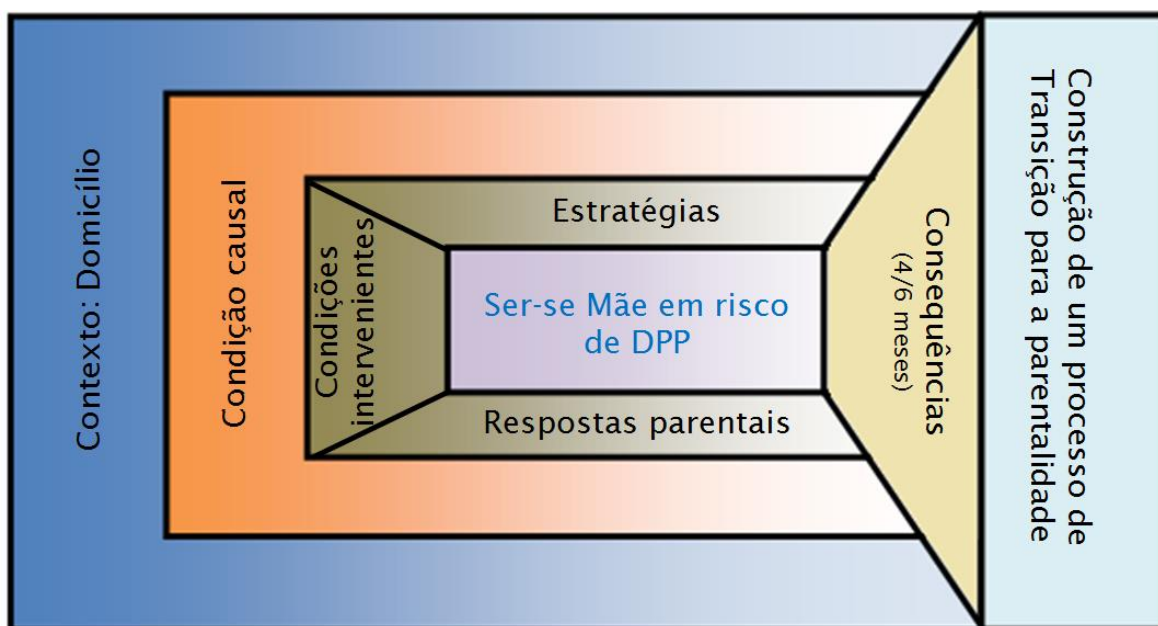
PARTE 3

SER-SE MÃE EM RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: **CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO**

SER-SE MÃE EM RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A partir dos resultados obtidos construiu-se o diagrama da teoria de médio alcance explicativa do processo de transição para a parentalidade das mulheres em risco de DPP, denominado por SER-SE MÃE EM RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE e que a seguir se apresenta (figura 31).

Figura 31 – Diagrama da Teoria de médio alcance explicativa do processo de transição para a parentalidade das mulheres em risco de DPP



Ser-se mãe em risco de DPP constitui um processo interativo de construção, que tem o seu início, formal, com o nascimento do filho, embora o seu princípio formal inicie-se ainda antes de se planear ter um filho ou sequer ter uma conceção concreta do que é ser-se mãe. Esta *indefinição* temporal representa um dos acontecimentos da vida da mulher, revestindo-se de uma importância extrema. Caracteriza-se, como se pode observar pela figura 31, por um processo evolutivo que ocorre e percorre o exercício do próprio papel, levando a que as mulheres em risco

de DPP sejam capazes de responder aos desafios da parentalidade, passando de uma fase de incógnita e ansiedade para uma de competência e esperança, denotando-se, na inter-relação das várias categorias a forma como interagem entre elas, como decorrem os vários acontecimentos e qual a sua cronologia.

A mulher em risco de DPP progride por uma fase inicial, nomeada como sendo um período de incógnita e ansiedade, para uma fase em que se sentem capazes de cuidar do seu bebé de forma autónoma, sentindo esperança no futuro e congregando estratégias para que o seu processo de transição para a parentalidade seja caracterizado por uma relação de sintonia com o seu bebé, mas também, de forma mais lata, com toda a unidade familiar. Saliente-se que desde o início deste processo, a aprendizagem, a reflexão são marcos essenciais e contribuem, de forma preciosa, para que a mulher conduza alterações significativas, não só em relacionais com as pessoas que lhes são significativas, mas principalmente promovendo alterações significativas e profundas em cada mulher, mudando o seu próprio autoconceito, conduzindo à reconstrução do *Self*. A definir um ponto de começo para este fenómeno, não há dúvidas que ele se inicia com a notícia da gravidez. É por essa altura que a mulher se apercebe do impacto que tal acontecimento terá na sua vida e, mesmo quando a gravidez é desejada e planeada, o sentimento de incompetência, falta de preparação, medo imperam, fruto do que o nascimento de um filho representa e o impacto que tem. O facto de não se sentirem preparadas para a maternidade e para a experiência da parentalidade, põe a descoberto as suas fragilidades e, simultaneamente, impõe a reestruturação de uma nova realidade, para a qual não está preparada, nem tão pouco disponível psíquica e emocionalmente, por não possuir as capacidades necessárias para reconstruir os seus sistemas de significado. É assim, um período desconhecido o que se avizinha, repleto de perguntas, dúvidas, interrogações e, na mesma medida, repleto de ansiedade, o que se constitui como a condição causal deste fenómeno, que tem origem assim que a mulher descobre que está grávida e perdura durante todo o ciclo gravídico-puerperal, podendo mesmo interferir na

consecução das tarefas desenvolvimentais da gravidez que têm como finalidade última a aceitação do bebé que está para chegar.

É pois um período de crise que a mulher vivencia e que se constituem, no contexto desenvolvimental, momentos para o desenvolvimento pessoal.

Neste processo, são várias as condições que intervêm e influenciam a adaptação à maternidade e a transição para a parentalidade, relacionados com a própria mulher (evolução obstétrica da gravidez, do parto e do pós-parto, alterações biológicas e psicológicas, saúde da mulher, concepções sobre a maternidade), relacionados com o bebé (amamentação), relacionados ao meio envolvente (relacionamento conjugal, apoio do meio relacional mais próximo e apoio profissional). Estas condições intervenientes são, na sua essência, a construção social, assimilada pela mulher, do conceito de maternidade e influenciam-na na sua forma de observar e pensar este fenómeno, pelo conjunto, de princípios, normas e regras assimiladas ao longo dos anos e partilhados com e pela sociedade.

Os sentimentos experimentados são novidade para as mulheres, mesmo para as multigestas, uma vez que cada situação, cada gravidez é disjunta de qualquer outra, pelo que se cometeria uma falácia gravosa se se partisse do pressuposto de que uma gravidez teria o mesmo desenvolvimento das precedentes. Assim, as experiências com as quais as mães se veem confrontadas são sempre vistas e avaliadas como novidade até mesmo porque os contextos são sempre diferentes e, por esse facto, constituem um problema a ser resolvido. As condições que intervêm neste fenómeno interagem de tal forma, que perduram ao longo do tempo e dão origem a sentimentos que cada mulher experiencia e associa à experiência da parentalidade.

Todavia, em um processo transaccional desta ordem, a mulher procura reorganizar-se e encontrar estratégias cabais que favoreçam a transição para a parentalidade, pela organização de respostas fulcrais para a construção deste processo. São, então, dois constructos interligados, desenvolvidos passo a passo, em uma dialogia dinâmica, para que a mulher em risco de DPP possa construir o seu processo de transição para a parentalidade e, assim, transformando-se em uma mãe.

As estratégias concertadas pelas mulheres são essencialmente de âmbito cognitivo (de aprendizagem, de tomada de decisão e de resolução de problemas), emocional (controlando medos, receios e ansiedade e evitando conflitos), relacional (suporte familiar e apoio das redes formais de cuidados, reorganização da vida conjugal) e operacional (reorganização das rotinas diárias, reserva de espaço temporal para as suas necessidades, partilha de tarefas). Estas estratégias têm como propósito a sua reestruturação enquanto pessoa, mulher e mãe, modificando definitivamente a sua perspetiva da vida, as suas crenças, a forma como se relacionam, que se reorganizam, ou seja, transformando o seu *Self* de forma definitiva.

Ainda assim, não se pode esquecer que como seres sociais, a mulher irá exercer a sua parentalidade em um contexto que a obriga a atribuir um significado à parentalidade, próximo àquele que impera no meio em que vive. É na relação entre as condições intervenientes, estratégias e respostas, que a mulher vai estabelecendo a forma como irá percebendo, atribuindo, apreendendo e complementando este fenómeno transicional, assumindo-se como um processo construído.

Embora em risco de DPP, percebe-se que a mulher procura fazer esta transição, dando origem a uma problemática que tem vindo a assistir a um grande aumento na atualidade, fruto, talvez, da sobrecarga a que as mulheres têm vindo a ser sujeitas, pela exigência (social e, por vezes, pessoal) da acumulação de múltiplos papéis. A verdade é que em questões da problemática acerca da parentalidade, a mulher tem ainda uma palavra a dizer, mesmo porque socialmente a maternidade é vista com maior responsabilidade do que a paternidade, despoletando-se aqui uma discussão de género e responsabilidades, ilustrada por uma lei que sendo flexível, raramente é vista sendo adotada pelo homem³⁶, nos termos que é pela mulher.

Fica claro que, nas mulheres em risco para depressão pós-parto, a condição parental potencializa os conflitos internos, os receios e medos,

³⁶ Artigos 33º a 65º do Código do Trabalho, versão 2009, aprovado pela Lei 7/2009, de 12/2, rectificada pela Declaração de Rectificação 21/2009, de 18 de Março

num confronto interno, entre aquilo que a sua vida representa no presente e aquilo que ela será no futuro. Justifica-se assim os sentimentos angustiantes vividos, os sentimentos de cansaço, solidão e perda, que são experienciados como consequência das transformações e dos conflitos, bem como de medo do desconhecido, devido à enorme quantidade de exigências inerentes ao desempenho do papel parental, bem como ao elevado número de mudanças vividas em tão curto espaço de tempo, passando-se de uma realidade que sempre foi a sua, para uma totalmente desconhecida. Numa fase inicial, a mulher não é capaz de vislumbrar um objetivo que lhe norteie e premeie essa mudança, todavia, com o passar dos meses, ela identifica o filho e ela própria como sendo o pivô motivador para a superação da transição e para encetar ações conducentes ao desenvolvimento da parentalidade.

Ser-se mãe em risco de DPP: construção de um processo de transição é pois um processo que conduz a mulher através de um conjunto de transformações, no sentido de ela própria se reconstruir e encontrar as forças necessárias, para emergir e renascer com uma identidade distinta da do filho, mas também distinta à que detinha anteriormente ao nascimento do filho: ser mãe, mas também mulher, que deseja ser mais forte e detentora da capacidade para a luta diária que representa a parentalidade, disponibilizando o seu espírito para as aprendizagens, com vista à reconstrução da sua identidade, como padrão adaptativo de reinterpretação da sua vida, preservando, simultaneamente, aquilo que são os referenciais simbólicos que integram os seus ideais e o padrão de vida familiar.

Parentalidade, Depressão Pós-Parto e Construção Identitária são, então, os conceitos estruturantes que definem esta teoria. Por Parentalidade entende-se o processo social e individual de cada mulher no exercício do papel parental e que se caracteriza por ser complexo, dinâmico e interativo. Tem a sua construção fundamentada na relação mãe-filho e visa a reestruturação psicoafectiva da mulher.

Por Depressão Pós-parto entenda-se uma patologia do humor que afeta a saúde da mãe, com impacto negativo ao nível sociofamiliar, surgindo na sequência de uma transição normativa – o nascimento de um filho.

Construção Identitária é o modo como as mulheres se reestruturam de forma a se afirmarem na conceção parental, mas no espaço representacional, partilhando uma dimensão processual de transações objetivas e subjetivas. Ocorre nas práticas quotidianas, processando-se no âmbito de projeções simbólicas.

Decorre deste modelo teórico alguns postulados que são de seguida apresentados:

- A adaptação e o comportamento parental dão-se de acordo com os pressupostos definidos por Mercer na sua teoria Tornando-se Mãe³⁷ ao nível do microssistema e mesossistema (contexto e dinâmicas familiares), exossistema (do contexto social onde a família e amigos estão inseridos) e do macrossistema (interação com características sociais e culturais da sociedade envolvente).
- As alterações físicas ao longo do ciclo gravídico-puerperal interferem nos relacionamentos sociais, por ser interpretado como um corpo não belo, em especial se o aumento de peso for superior ao que a mulher esperava;
- No ciclo gravídico-puerperal o excesso de informação pode representar uma fonte de ansiedade, pela sua não apreensão, em especial aquando do internamento;
- As relações conflituosas estabelecidas com o cônjuge/mãe/sogra são eventos que condicionam a transição, favorecendo a manifestação de sintomatologia depressiva, mas que são vistos como um exemplo do que não pretendem representar para os seus filhos;
- O suporte familiar é encarado como um fator facilitador deste período transicional, desde que não perturbe o bem-estar das mulheres e desde que não sejam fonte de conflito;

³⁷ Originalmente denominada por consecução do papel materno, Mercer propôs em 2004 mudar o nome da sua teoria para Tornando-se mãe, para que ficasse mais visível o carácter dinâmico e evolutivo da maternidade.

- O suporte profissional inadequado parece favorecer a depressão e inibe uma transição eficaz para a parentalidade, ainda assim torna-se uma estratégia para que as mulheres aprendam a cuidar e a assumir a responsabilidade pelos cuidados;
- A escassez de tempo que a mulher vive, em uma fase mais adiantada do puerpério, não a inibe de consertar estratégias para que encontre algum tempo dedicado a si.

Percebe-se assim, e em jeito de conclusão, que a construção identitária assume um papel central em todo este processo, sendo fulcral para que a reedificação de certas características pessoais que a podem ajudar na sua integração em uma nova realidade: a de mãe.

CONCLUSÕES

A realização deste estudo foi uma oportunidade de descoberta e um permanente desafio na caminhada que agora se conclui. Sem ter a pretensão de obter conclusões e resultados generalizáveis, procurou-se, através de um processo de análise e interpretação explicar o processo pelo qual as mulheres em risco de DPP transitam para a parentalidade. Perceber os significados que a chegada de um filho pode ter para estas mulheres teve como propósito, antes de mais, conhecer melhor este fenómeno para, a partir daí, desenvolver um trabalho mais consentâneo com a realidade encontrada, nomeadamente a experiência de transição no exercício da parentalidade, tendo por base o propósito de ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à mulher em transição e que esteja em risco de desenvolver uma DPP.

Durante este percurso investigativo surgiram diferentes oportunidades de aprendizagem que se procurou explorar de forma a proporcionar o crescimento enquanto pessoa e enfermeiro. O mesmo permitiu compreender, mais profundamente, o processo de transição para a parentalidade através de um trabalho de pesquisa e, sobretudo, pela partilha de experiências que as mulheres/participantes proporcionaram. O recurso à entrevista, ainda que se tenha utilizado outros métodos de recolha de dados, revelou-se um excelente meio para se atingir os objetivos traçados, mas acima de tudo para desenvolver uma relação de empatia e de confiança com as participantes, tão necessária quando a investigação que se está a conduzir, aborda aspetos que estão enclausurados no mais íntimo da pessoa. Para além disso, foi a oportunidade que muitas mulheres tiveram para questionarem acerca de algumas dificuldades, receios e dúvidas que estavam a viver naquele momento.

Fruto da individualidade que caracteriza o ser humano, das situações particulares da vida que lhe conferem um modo especial de vivenciar cada

experiência de forma distinta de outra pessoa, das características pessoais, da sua individualidade e do contexto onde se encontram inseridos, a experiência da maternidade não se dá de maneira linear para todas as mulheres, podendo este processo transicional normativo decorrer sem percalços ou revestido de intercorrências.

Tornar-se mãe responde a uma expectativa social relacionada com o desempenho de papéis da idade adulta, podendo inclusive ser um objetivo individual/do casal, por garantir a continuidade das gerações e por proporcionar vivências de grande significado pessoal, com carácter definitivo.

Uma vez que o foco principal da disciplina de enfermagem é o de facilitar processos de transição tendo em vista o bem-estar dos clientes (Meleis, 2010; Meleis et al, 2000), então nada mais natural do que esta ser uma problemática do interesse da enfermagem, pois a parentalidade exige à mulher que se torna mãe, a adoção de respostas comportamentais de ajustamento, nomeadamente a reformulação das suas expectativas, dos seus sentimentos, comportamentos, atitudes e preocupações.

No entanto, este processo não é isento de riscos e o maior é o de produzir descompensação, promovendo vulnerabilidades em si próprias e no desenvolvimento sadio das respetivas crianças.

Assim, acredita-se que esta investigação permitiu compreender as dinâmicas deste processo transicional, constituindo-se como ponto de reflexão e de sensibilização para a mudança dos contextos da prática e da formação. Por outro lado, inovou por procurar compreender qual a experiência da mulher em risco de DPP na transição para a parentalidade, mulheres que, não invariavelmente, remetem-se ao silêncio e são, igualmente, esquecidas.

Foi preocupação neste estudo de perceber todo o ciclo gravídico-puerperal das mulheres que estavam em risco de desenvolver DPP. Para tal, foi aplicada a Escala de Edimburgo para a sua identificação e, após, realizadas duas entrevistas: a primeira realizada entre as 4/6 semanas pós-parto, com o intuito de conhecer e perceber como foi as suas experiências de maternidade, desde que souberam que estavam grávidas até àquele ponto;

a segunda entrevista, realizada aos 4/6 meses, permitiu explorar questões que ficaram menos claras aquando da primeira entrevista e saber como foi a sua experiência desde a primeira entrevista até àquele momento. Assim, foi possível ter a noção por mulher dos acontecimentos, sentimentos, vivências ao longo de 14/15 meses, o que permitiu compreender a dinâmica e a consistência da transição ao longo do tempo.

O uso da *Grounded Theory* ofereceu a oportunidade de compreender a natureza psicossocial do fenómeno investigado, desenvolvendo conhecimento e teoria acerca do seu processo e estrutura.

Nesta altura, importa então indicar duas recomendações: a primeira diz respeito à continuidade de estudos deste género, de forma a compreender melhor todos os fenómenos que possam conduzir ao entendimento profundo da transição para a parentalidade, conforme preconizado pela *Grounded Theory*. Este é um fenómeno que não deve ser dado como fechado ou exclusivo, podendo ser ampliado ou modificado a partir de outros dados que sejam acrescentados à compreensão do fenómeno. A segunda refere-se aos resultados aqui apresentados. Dever-se-ia dar início ao planeamento de estratégias de intervenção, para que os profissionais envolvidos nesta área possam de forma eficaz, junto das mulheres ajudar a potenciar as suas capacidades, minimizando as implicações negativas, sob o ponto de vista físico, mental e social. Após o tratamento e análise dos dados, fica claro o modelo teórico explicativo do fenómeno em estudo, permitindo prever a forma como as mulheres em risco de DPP reagem à maternidade, permitindo, de igual modo, planear algumas intervenções de enfermagem que podem ser utilizadas e que deverão ser recomendadas, são elas:

- A falta de informação do que irá acontecer ao longo do ciclo gravídico-puerperal, bem como as dificuldades sentidas ao longo desse ciclo podem provocar, na mulher, sentimentos de ansiedade e angústia, pelo desconhecido. Aos enfermeiros cabe garantir que a mulher disporá dos recursos necessários para fazer face a essas dificuldades, proporcionando a informação necessária e capacitando a mulher para as tarefas cuidativas;

- Revela-se particularmente importante as aulas de preparação para a parentalidade, com o seu início o mais precocemente possível, onde haja espaço para a partilha de receios, medos e inseguranças, num ambiente livre de julgamentos e onde se discuta a realidade do parto, favorecendo visitas às maternidades;
- Ser mãe exige múltiplas mudanças, impondo reformulação das rotinas diárias e reestruturação dos relacionamentos. Assistir a mulher em transição, implica entendê-la como alvo dos cuidados de enfermagem, por isso, é importante conhecer como cada mulher cuida e identificar as suas forças, dificuldades e esforços para partilhar responsabilidades;
- A maternidade implica um confronto com alterações físicas, psicológicas e sociais. Torna-se assim necessário que os enfermeiros olhem para estas dimensões como pontos essenciais a abordar aquando das suas consultas;
- No que concerne à amamentação, sabemos que as taxas de adesão estão ainda longe do desejado. A frustração causada pelo insucesso parece influenciar as mulheres. Assim, deveria ser preocupação das escolas integrar nos currículos das pós-licenciaturas de especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e de saúde infantil e pediatria formação avançada nesta temática, de forma a melhor aconselhar a mulher na gravidez, e apoiar nos pós-parto. Na mesma medida, dever-se-á respeitar o direito à autonomia e à autodeterminação da mulher, no que respeita à decisão em não amamentar, não a pressionando em nenhuma das etapas do ciclo grávidico-puerperal;
- As atitudes paternalistas e a demonstração de pouca disponibilidade provocam na mulher a noção de que o apoio profissional que pode obter é reduzido. Assim, aquando do contato com as mulheres deverá haver a preocupação de adotar a postura de uma relação terapêutica, capaz de fazer a mulher entender que pode dirigir-se aos enfermeiros. Aliás essa atitude poderá colocá-los em uma posição privilegiada, podendo tornar-se no profissional de referência daquela mulher, em especial quando o sentimento de incompetência para cuidar faz com

que as mães mobilizem diferentes estratégias e recursos formais e informais.

- A construção do papel de mãe é influenciada pela dimensão cultural onde a mulher está inserida, razão que justifica ter em linha de conta as crenças culturais quando abordamos o modo como as pessoas vivenciam a adaptação à parentalidade;
- A reestruturação da vida exige o desafio de se encontrar um ponto de equilíbrio entre as vivências anteriores, as mudanças do presente e as exigências do futuro. Aos profissionais de saúde cabe o desafio de integrar, nas suas intervenções, estratégias que minimizem o impacto negativo da transição;
- De forma a promover a vinculação e a relação precoce, os profissionais deverão estar eles próprios preparados para promover essa relação, sensibilizando para as competências do bebé, bem como ajudando as mulheres a identificar as necessidades do bebé, através da interpretação do choro ou comunicação não-verbal;
- A família deve ser envolvida no processo de aquisição da parentalidade, evitando excessos na sua intervenção, pelos malefícios que pode causar na própria mulher. Neste sentido, os cuidados de enfermagem devem-se estender à família alargada, de forma a prepará-la para intervenções adequadas e contextualizadas.
- O assumir da identidade parental exige que a mulher queira transformar-se em mãe, que modele o seu autoconceito, que ultrapasse as suas dificuldades e planeie o futuro. Para tal, contribui não só as aulas de preparação para o parto, mas também as consultas de enfermagem e visitas domiciliárias no pós-parto, para dar resposta às necessidades iniciais da parentalidade, estimulando a que a mulher se torne o centro da sua vida devendo ser potencializada com uma metodologia que estabeleça um plano de intervenção mais ajustado às reais necessidades das mulheres. Sugere-se ainda, a implementação da Escala de Edimburgo como forma de identificar as mulheres em risco de desenvolver DPP e, assim, desenvolver um plano personalizado e adequado às suas necessidades.

O emergir das Ciências Sociais e Humanas, foi uma mais-valia para as Ciências da Saúde, uma vez que levou ao surgimento de novas dimensões em termos de cuidados de saúde. A utilização de um pensamento complexo baseado na intersubjetividade, transdisciplinaridade e na multidimensionalidade, levou ao aparecimento de um novo paradigma, o paradigma da complexidade. Neste, o cidadão encontra-se no centro dos cuidados de saúde e a valorização dos seus saberes e opiniões constitui um princípio fundamental que deve ser respeitado. Saliente-se, então, a importância de, ao nível da formação de todos os profissionais de saúde passíveis de virem a ser envolvidos nesta problemática, a sensibilização para as dificuldades e impactos negativos, levando a que ao invés de ocorrer uma transição normativa, ocorra uma crise desenvolvimental em mulheres com risco de DPP e em processo transicional para a parentalidade. De entre os profissionais de saúde destacam-se os enfermeiros, por ser o grupo com maior número de profissionais e que mais tempo está junto das populações, estando numa posição privilegiada de as conhecer e com elas trabalhar. Assim há que discutir programas de saúde, campanhas, rastreios, rotinas, espaços, relações interpessoais, que deverão ser sustentados em referenciais teóricos, tendo em linha de conta o contexto socioeconómico, político, cultural, olhando a multidimensionalidade do ser humano em transição.

Sugere-se ainda que se valorizem os cuidados de enfermagem que são desenvolvidos, recorrendo à metodologia de projeto, que permita delinear indicadores de avaliação para serem divulgados, dando a conhecer de forma fundamentada o conhecimento alargado das necessidades das mulheres/mães em risco de DPP e como correspondência ao seu direito de serem ajudados a superar esta transição.

A terminar este relatório é lícito fazer-se um balanço e afirmar a satisfação por completar este processo, que foi iniciado há quatro anos comigo a viver a transição para a parentalidade pelo nascimento da minha filha. Foram anos de diversas transições e adaptações, anos de reflexão que exigiram um envolvimento extraordinário, dedicação, por vezes, exclusiva,

de avanços e retrocessos, que, indubitavelmente, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e termino-o novamente na mesma situação que o iniciei: em transição para a parentalidade pelo nascimento do meu filho.

Foi um caminho enriquecedor, especialmente pela possibilidade que tive de aprender com as participantes deste estudo, por ter tido o privilégio de ter sido tocado pelas suas histórias, palavras e, acima de tudo carinho. Foram, sem sombra para dúvidas, as responsáveis pela realização deste trabalho e a força motriz para que o terminasse, sempre que afloravam ideias para desistir.

Em futuras investigações, sugere-se que sejam incluídos os companheiros e os familiares como participantes ativos na transição para a parentalidade, de modo a que seja possível compreender o seu contributo neste processo. No mesmo sentido, dever-se-ia identificar melhor a influência dos fatores sociopolíticos e culturais que influenciam a parentalidade, bem como avaliar intervenções de enfermagem específicas para promover o bem-estar das pessoas em transição no exercício da parentalidade em risco de DPP.

Com este trabalho pretende-se, assim, estimular a reflexão sobre a problemática da DPP e da sua influência na parentalidade, associando os que investigam, os que praticam e os que ensinam no domínio do saber das Ciências Sociais e das Ciências de Enfermagem.

Referências Bibliográficas

Aboim, S. (2010). Género, família e mudança em Portugal. In K. Wall, S. Aboim, & V. Cunha (Coords.), *A vida familiar no masculino: negociando velhas e novas masculinidades* (pp. 39-66). Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.

Ahlborg, T. & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention-first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavia Journal Caring Science*, 15 (4), 318-325.

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.

Aligood, M.R. (2006). Philosophies, models, and theories: Critical Thinking structures. In Aligood, M.R., & Tomey, A.M. (Eds). *Nursing Theory: Utilization and application* (3rd ed, pp. 43-65). St. Louis: Mosby.

Aligood, M.R. (2010). Introduction to nursing theory: its History, Significance and analysis. In Aligood, M.R., & Tomey, A.M. (Eds). *Nursing Theorists and their work* (7th ed, pp.3-15.). Maryland Heights: Mosby.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *Obstetrics & Gynecology*, 121 (4), 904-907.

Astbury, J., Brown, S., Lumley, J. & Small, R. (1994). Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Australian Journal of Public Health*, 18, 176-84.

Austin, M-P., Kildea, S. & Sullivan, E. (2007). Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period, challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Medical Journal of Australia*, 186 (7), 364-366.

Austin, M-P., Middleton, P., Reilly, N.M. & Highet, N.j. (2013). Detection and management of mood disorders in the maternity setting: The Australian Clinical Practice Guidelines. *Women and Birth*, 26, 2-9.

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2002). Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2002.

Beckhan, E.E. (2000). Depression. In Kazdin, A.E. (Eds.), *Encyclopedia of Psychology* (pp. 471-476). Washington, DC: American Psychological Association.

Belsky, J. & Kelly, J. (1994). *The transition to parenthood: how a first child change a marriage*. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group, inc.

Belsky, J., & Pensky, E. (1988). Marital Change across the transition to parenthood. *Marriage and Family review*, 12. 133-156.

Bener, A., Burgut, F.T., Ghuloum, S. & Sheikh, J (2012). A study of postpartum depression in a fast developing country: prevalence and related factors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43 (4), 325-37.

Beretta, M.I.R., Zaneti, D.J., Fabbro, M.A.F., Ruggiero, E.M.S. & Dupas, G. (2008). Tristeza/Depressão na mulher: Uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (4), 966-978.

Bird, C. (1999). Gender, household labor and psychological distress: the impact of the amount and division of housework. *Journal of Health and Social Behaviour*, 40, 32-45.

Birksted-Breen, D. (2000). The experience of having a baby: a developmental view. In J. Raphael-Leff (Org.), 'Spilt milk', perinatal loss and breakdown (pp. 17-27). Londres: Institute of Psychoanalysis.

Bluff, R. (2006). Grounded Theory. In Cluett, E.R., & Bluff, R. (Edts.). Principles and practice of research in midwifery (2nd ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.

Blumer, H. (1969). *Symbolic intervention, perspective and method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Boath, E., Bradley, E., & Henshaw, C. (2005). The prevention of postnatal depression: A narrative systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26 (3), 185-192.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bornstein, M. H. (Ed.). (2002). *Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting* (2nd ed., Vol. 5). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Borsa, J.B. & Dias, A.C.G. (2004) Relação Mãe e Bebê: As expetativas e vivências do puerpério. *Revista Perspectiva*, 28 (102), 39-53.

Botega, N.J. & Dias, M.K. (2002). Gravidez e puerpério. In Botega, N.J. (org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (pp.285-297). Porto Alegre: Artmed Editora.

Brasileiro, R. F., Jablonski, B., & Féres-Carneiro, T. (2002). Papéis de gênero, transição para a paternidade e a questão da tradicionalização. *Psico*, 33, 289-309.

Brazelton, B. T., & Cramer, B. G. (2002). *As primeiras relações* (2a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Bridges, W. (2004). Transitions: making sense of life's changes. Cambridge: Da Capo Press.

Brown, S., Small, R. & Lumley, J. (1997). Being a good mother. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15, 185-200.

Brunton, G., Wiggins, M. & Oakley, A. (2011). *Becoming a mother: a research synthesis of women's views on the experience of first-time motherhood*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.

Brunton, G., Wiggins, M. & Oakley, A. (2011). *Becoming a mother: a research synthesis of women's views on the experience of first-time motherhood*. Londres: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.

Bruschweiler-Stern, N. (1998). *The Birth Of A Mother: How The Motherhood Experience Changes You*. New York: Basic Books.

Bryant, A., & Charmaz, K. (2010). *The sage handbook of grounded theory*. London: Sage publications.

Burns, R. (1991). *Essential Psychology: for students and professionals in the health and social services* (2.^a ed). Lancaster: Springer.

Cairolli, P.B. & Shimo, A.K.K. (2009). *Avaliação da imagem corporal e da (in)satisfação com o corpo grávido pela escala de medida em imagem corporal em gestantes inscritas no programa de pré-natal da rede básica de saúde de vinhedo – SP*. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.

Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Editora Fim de Século.

Canavarro, M.C. (2002). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. 2^a ed., Lisboa: Quarteto.

Cantilino A. (2009). *Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos* [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco.

Cantilino, A., Carvalho, J.A., Maia, A., Albuquerque, A., Cantilino, G. & Sougey, E.B. (2007). Translation, validation and cultural aspects of postpartum depression Screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcultural Psychiatry*, 44 (4), 672-85.

Caron, N.A. (org) (2000). *A Relação Pais-Bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Carvalho, S.R., & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde coletiva*, 13 (sup 2), 2029-2040.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Charmaz, K. (2009). The Power and Potential of Grounded Theory. *Medical Sociology online*, 6 (3). 2-15.

Cho, H.J., Kwon, J.H., & Lee, J.J. (2008). Antenatal Cognitive-behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study. *Yonsei Medical Journal*, 49 (4), 553-562.

Christiaens, W., Van De Velde, S. & Bracke, P. (2011). Pregnant Women's fear of childbirth in midwife and obstetrician-Led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis. *Women Health*, 51(3), 220-239.

Coffey, J. (2006). Parenting a child with chronic illness: a metasynthesis. *Pediatric Nursing*, 12 (1), 51-59.

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24 (2), 126-148.

- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-209.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3, 381-398.
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The first-time fathers study: a prospective study of mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 56-64.
- Corbin, J.M., & Strauss, A.L. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. 3^a ed.. Lisboa: Salamandra.
- Correia, A.L.V. (2006). *Prevalência e fatores de risco associados à depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa, Paraíba*. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44, 412-423.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: the big life change for couples*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (1988). Changes in marriage during the transition to parenthood: must we blame the baby. In Michaels, G.Y. & Goldberg, W. (eds). *The transition to parenthood: current theory and research*. (pp. 114-154). Cambridge: Cambridge University press.

Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (1992). *When partners become parents: the big life change for couples*. New York: Basic Books.

Cruz, E.B.S., Simões, G.L. & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27 (4), 181-188.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

Da-Silva, V.A., Moraes-Santos, A.R., Carvalho, M.S., Martins, M.L. & Teixeira, N.A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal Of Medical and Biological Research*, 31 (6), 799-804.

DeCherney, A.H., Laufer, N., Nathan, L. & Roman, A.S. (2013). *Current Diagnosis & treatment: obstetrics & gynecology* (11TH ED.). London: McGraw-Hill.

Decreto-Lei n.º 89/2009 (2009). Regulamenta a protecção na parentalidade, no âmbito da eventualidade maternidade, paternidade e adopção, dos trabalhadores que exercem funções públicas integrados no regime de protecção social convergente Diário da República I Série. Nº 70 (09-04-2009), 2180-2187.

Demo, P. (1989). *Metodologia científica em ciências sociais* (2ª ed.). São Paulo: Atlas.

Dennis C-L. & Creedy D. (2008). *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review)*. The Cochrane Collaboration.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). *The sage handbook of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 221-231.

Dexter, S.C., Windsor, S., & Watkinson, S.J. (2014). Meeting the challenge of maternal choice in mode of delivery with vaginal birth after caesarean section: a medical, legal and ethical commentary. *BJOG: An International Journal of Obstetrics e Gynaecology*, 121 (2), 133-140.

Dias, F.S. (2013). *Dicionário Sentimental da Ilha de São Miguel de A a Z*, 4ª ed.. Ponta Delgada: Publiçor.

Dolman, C., Jones, I. & Howard, L. (2013). Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. (meta analyses review). *Archives of women's mental health*, 16 (3), 173-196.

Dubber, S., Reck, C., Müller, M. & Gawlik, S. (2014). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives Of Women's Mental Health*.

Egeren, L. A. V. (2004). The development of coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 25, 453-477.

Elek, S. M., Hudson, D. B., & Bouffard, C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: the effect of infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 45-57.

Elek, S. M., Hudson, D. B., & Fleck, M. O. (2002). Couples' experiences with fatigue during the transition to parenthood. *Journal of Family Nursing*, 8, 221-240.

Espada, A.P.S.S (2010). *Porque Não Amamento - As crenças na decisão das mães em não amamentar*. Lisboa: Edições Vieira da Silva.

Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A.R. & Khodakarami, Z. (2014). Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*, 30 (2), 227-33.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3rd ed.). Philadelphia: Davis Company.

Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Health Journal*, 21, 176-191.

Ferreira, J.C., & Kurcgant, P. (2009). Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. *Acta Paulista de enfermagem*, 22 (1), 31-36.

Field, P.A., & Morse, J.M. (1985). *Nursing research: the application of qualitative approaches*. London: Croom & Helm.

Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento da Maternidade. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao Longo da Vida* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.

Figueiredo, B., Canário, C. & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44 (5), 927-36.

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 1, 3-25.

Figueiredo, B..(2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção, *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (3), 221-238.

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gage, J. D., Everett, K. D., & Bullock, L. (2006). Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1), 56-62.
- Glabe, A. C., Bean, R. A., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 319-336.
- Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Glat, R. (1994). *Ser mãe e a vida continua...* (2a ed.). Rio de Janeiro: Agir.
- Gloger-Tippelt, G. S., & Huerkamp, M. (1998). Relationship change at the transition to parenthood and security of infant-mother attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 633-655.
- Gómez, G., Flores, J.G., & Jiménez, E.G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2ª ed.). Málaga: Ediciones Aljibe.
- Guba E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In Denman, A., & Haro, J. A. (eds.). *Por los rincones-Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Haguette, T (1992). *Metodologias qualitativas na sociologia* (3ª ed.) Petrópolis: Vozes.

Haines, H.M., Rubertsson, C., Pallant, J.F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 24 (2), 55.

Halbreich, U. (2005). Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 88 (1), 1-7.

Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V. & Sandler, M. (1992). Links between early post-partum mood and post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 777-80.

Hermans, H. J. M. & Hermans-Jansen, E. (2003). Dialogical processes and development of the *self*. In Valsiner, J. & Connolly, K. (Eds.), *Developmental psychology*. London: Sage Publications.

Hernandez, J., & Hutz, C. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocionla, *Psico*, 40 (4), 414-421.

Hidalgo, M., & Menendez, S. (2003). La pareja ante la llegada de los hijos. Evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse en padre y madre. *Infancia y Aprendizaje*, 26 (4), 469-483.

Hildingsson, I. (2014). Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth - A longitudinal cohort study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5 (2), 75-80.

Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In L. Solis-Ponton, & M. C. P. Silva (Orgs.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (pp. 47-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Hudson, D., Elek, S., & Flek, M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 31-43.

Ingram, J., & Taylor, J. (2007) Predictors of postnatal depression: using anantenatal needs assessment discussion tool. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Bristol, 25 (3), 210-222.

Internacional Council of Nurses (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Janisse, H. C., Barnett, D., & Nies, M. A. (2009). Perceived energy for parenting: a new conceptualization and scale. *Journal of Child Family Studies*, 18 (3), 312-323.

Kassin, S., Fein, S. & Markus, H. (2011). *Social Psychology* (8.^a ed). Belmont: Wadsworth.

Kerig, P.K., Cowan, P.A. & Cowan, C.P. (1993). Marital Quality and gender differences in parent-child interaction. *Developmental Psychology*, 29, 931-939.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Klaus, M.H. & Kenmell, J.H. (1993). *Pais/Bebê a formação do apego*. Porto Alegre: Artes.

Klein, M.C. (2012). Cesarean Section on Maternal Request: A Societal and Professional Failure and Symptom of a Much Larger Problem. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 39 (4), 305-310.

Knauth, D. G. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27 (2), 169-184.

Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Chatzi, L. & Kogevinas, M. (2013). Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 49 (5), 711-21.

Kralik, D., Visentin & K., Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 320-329.

Lanzoni, G.M.M., Lino, M.M., Schweitzer, M.C., Albuquerque, G.L.. (2009). Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10 (4), 145-154.

Lavender, T., Hofmeyr, G.J., Neilson, J.P., Kingdon, C., & Gyte G.M.L. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lebovici, S. (2004). Diálogo Letícia Solis-Ponton e Sergue Lebovici. In L. Solis-Ponton, & M. C. P. Silva (Orgs.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (pp. 21-27). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lederman, R. P. (1997), *Psychosocial Adaptation in Pregnancy: Assessment of Seven Dimensions of Maternal Development*, USA: Springer Publishing Company, Inc.

Lee, C-Y. S., & Doherty, W. J. (2007). Marital satisfaction and father involvement during the transition to parenthood. *Fathering*, 5, 75-96.

Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Dennis, L., Stewart, M. & Tryphonopoulos, D. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 41-47.

Lewis, J. M. (1989). *The birth of a family*. New York: Brunner/Mazel.

Lincoln, I. (1997). Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 15 (2), 57-69.

Lintner, N.C. & Gray, B.N. (2006). Childbearing & Depression: what Nurses need to know. *Association of Woman*, 10, 50-57.

- Lopes, M. (2006). *A relação Enfermeiro - Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formassau.
- Lopes, M. J. (2003). A metodologia da Grounded Theory: um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 63-74.
- Lopes, R. C. S., & Menezes, C. C. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: da gestação ao segundo ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 12 (1), 83-93.
- Lopes, S., & Fernandes, P. (2005). O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem, *Sinais Vitais*, 63, 36-42.
- Lu, L. (2006). The transition to parenthood: stress, resources and gender differences in a Chinese society. *Journal of Community Psychology*, 34, 471-488.
- Maldonado, M. T. (1995). *Comunicação entre Pais e Filhos: a linguagem do sentir*. 19^a ed. São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério*. (15^a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, T. (2002). *Psicologia da Gravidez - Parto e Puerpério*, 16^a ed. São Paulo: Saraiva.
- Maltby, H.J., Kristjanson, L.J. & Coleman, M.E. (2003). The Parenting Competency Framework: Learning to be a Parent of a Child with Asthma, *International Journal of Nursing Practice*, 9 (6).
- McCauley-Elsom, K., Elsom, S., Gurvich, C., Cross, W. & Kulkarni, J. (2009). Monograph 6 - Expert opinion on the need for a perinatal mental health nurse practitioner, in O'Connor, M., Griffiths, D., Ives, G., Newton, J. & Tan, H. (eds). *From birth to death: Clinical nursing and midwifery across the lifespan*. Melbourne: Monash University.

McHale, J.P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: the roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31, 985-996.

Mead, G.H. (1964). *George Herbert Mead on social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.

Mead, G.H. (1974). *Mind, self & society: from the stand point of a social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.

Meleis, A. I, & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259.

Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: development & progress* (3rd ed.). London: Lippincott.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., DeAnne, K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Meleis, A.I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A.I., & Topaz, M. (2011). Nursing Theory of the future: Situation-specific theories. *Pflege*, 24 (6), 345-347.

Melnyk, B.M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N.F., Crean, H.F., Johnson, J., Fairbanks, E., ..., Corbo-Richert, B. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill: strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*, 27 (6), 548-558.

Mendes, A.P.D. & Galdeano, L.E. (2006). Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5 (3), 363-371.

Mendes, I. M. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Mercer, M. & Ritchie, J. A. (1997). Tag team parenting of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 12 (6), 331-341.

Mercer, R. (1995). *Becoming a mother: research on maternal role identity since Rubin*. Nova Iorque: Springer.

Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (4), 456-464.

Mercer, R.T. (1996). *Becoming a mother*. New York: Springer Series: Focus on Women.

Mercer, R.T., Nichols, E.G. & Doyle, G.C. (1988). Transitions over the life cycle: A comparison of mothers and non mothers. *Nursing Research*: New York, 37 (3), 144-151.

Mercer, S. (2011). *Towards an understanding of language learner self-concept*. London: Springer.

Mezzacappa, E.S. & Endicott, J. (2007). Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Archives of Womens Mental Health*, 10, 259-66.

Mezzacappa, E.S. & Katkin, E.S. (2002). Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*, 21, 187-193.

Michaels, G.Y. & Goldberg, W.A. (1988). (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research*. New York: Cambridge University Press.

Moller, K., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2008). Couple relationship and transition to parenthood: does workload at home matter?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 57-68.

Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães: mulheres trabalhadoras e suas experiências*. Coimbra: Quarteto.

Moraes, I.G., Pinheiro, R.T., Silva, R.A., Horta, B.L., Sousa, P.L. & Faria, A.D. (2006). Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, 40 (1), 65-70.

Moraes, M. L. (2001). A estrutura contemporânea da família. In M. C. Comparato, & D. Monteiro (Org.), *A criança na contemporaneidade e a psicanálise* (pp. 17-24). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Morse, J. (1994). Designing funded qualitative research. In Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (eds). *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 56-85). Thousand Oaks: Sage Publications.

Mota, L.A.N., Rodrigues, L.F.S.V. & Pereira, I.M.G. (2011). A transição no transplante hepático – um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 5, 19-26.

Newman, M. (1992). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*, 40 (1), 10-14.

NHS Evidence. *Caesarean section: Evidence Update* March 2013.

Nyström, K., & Öhring, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330.

Obimbo, E., Musoke, R.N. & Were F. (1999). Knowledge, attitudes and practices of mothers and knowledge of health workers regarding care of the newborn umbilical cord. *East African Medical Journal*, 76 (8), 425-429.

Odent, M. (2005). *A cesariana*. Lisboa: Miosótis.

Oyserman, D. (2001). Self-Concept and Identity. In Tesser, A. & Schwarz, N., (eds). *Blackwell handbook of Social Psychology: Intraindividual Processes*. Oxford: Blackwell Publishers.

Palácios, J., & Rodrigo, M. J. (2007). Familia y desarrollo humano. In M. J. Rodrigo, & J. Palácios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (9a ed., pp. 25-44). Madrid: Alianza Editorial.

Parke, R. D., & Buriel, R. (2006). Socialization in the family: ethnic and ecological perspectives. In W. Damon, R. M. Lerner, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: vol. 3. Social, emotional and personality development* (6th ed., pp. 463-552). New York: Wiley.

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills: Sage.

Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M. & Mejía, J.A. (2011). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39 (4), 375-382.

Pereira, A.T., Marques, M., Soares, M.J., Maia, B.R., Bos, S., Valente, J., ..., Macedo, A. (2014). Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not? *Journal Of Affective Disorders*, 166, 71-8.

Piccinini, C. (2004). Expectativas e Sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 223-232.

Pittman, F. (1994). *Mentiras privadas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Price, M. (2004). Young couple's experience of change in their marital relationship across the transition to parenthood. *Dissertation Abstracts International: section B: the sciences and engineering*, 64 (8-A), 40-57.

Queiroz, A., Meireles, A., & Cunha, A. (2007). *Investigar para compreender*. Camarate: Lusociência.

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Grávida.

Ramos, M. (2005). Adaptação Paterna para a Parentalidade. *Federação Española de Asociaciones de Psicología*. 10 (2).

Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: A história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Raposo, M.M.D.S. (2001). *Remexendo o Baú de um serviço*. Ponta Delgada: Nova Gráfica.

Reid, T. (2000). Maternal identity in preterm birth. *Journal of Child Health Care*, 4 (1), 23-29.

Relvas, A. P. (2004). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica (3a ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26 (4), 289-95.

Rocha, F. L. (1999). Depressão puerperal: revisão e atualização. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (3), 105-14.

- Rodrigues, D. P., Fernandes, A. F. C., Rodrigues, M. S. P., Jorge, M. S. B., & Silva, R. M. (2007). Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15 (2), 97-204.
- Rogan, F., Shmied, V., Barclay, L., Everitt, L. & Wyllie, A. (1997). 'Becoming a mother – Developing a new theory of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 877-885.
- Rubin, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. New York: Springer Publishing, co.
- Ruschi, G.E.C., Sun S.Y., Mattar R., Chambô Filho, A., Zandonade, E. & Lima V.J. (2007) Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (3), 274-280.
- Sabriá, J. (1997). La evolución psicológica del niño y del adolescente. In Braz, J., Flor, J.E. de la & Masvid, R.M. (Ed). *Pediatrics en Atención Primaria*.(pp. 91-97). Barcelona: Springer- Verlag Ibérica.
- Santos Jr., H.P.O., Silveira, M.F.A. & Gualda, D.M. (2009). Depressão pós-parto: um problema latente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (3), 516-524.
- Santos, M.F.S., Martins, F.C. & Pasquali, L. (1999). Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2),32-40.
- Schetter, C.D. & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25 (2), 141-148.
- Schön, D. (2000). Educando o Profissional reflexivo. Um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Schumacher, K.L., & Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.

Schwandt, T. A. (1998). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. *Handbook of qualitative research*. New Delhi: Sage publications.

Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253-264.

Silva, F.C.S., Moura de Araújo, T., Moura de Araújo, M.F., de Lima Carvalho, C.M. & Áfio Caetano, J. (2010). Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paulista de enfermagem*, 23 (3), 411-416.

Silverman, D. (1995). *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction*. London: Sage publications.

Singly, F. (2011). *Séparée, une expérience de la rupture*. Paris: Armand Colin.

Smythe, E.A., Payne, D., Wilson, S. & Wynyard, S. (2013). The dwelling space of postnatal care. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*, 26 (2), 110-113.

Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Tese de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*, 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sousa, D. D., Prado, L. C. & Piccinini, C. A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia - Reflexão e Crítica*, 24(2), 335-343.

Stern, D. N. (1998). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Stern, D.N., & Stern, B.N. (2000). *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.
- Stern, P.N. (2007). Explorar a teoria fundamentada. In Morse, J.M. *Aspectos Essenciais da metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formassau.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory* (2nd ed.) California: Sage Publications.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem* (2^a ed.) Loures: Lusociência.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Tannous, L., Gigante, L.P., Fuchs, S.C. & Busnello E.D. (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*, 8 (1), 1-8.
- Terra M.G., Camponogara S., Silva LC, Girondi J.B.R., Nascimento K., Radünz V. (2006). O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 15 (Esp), 164-169.
- Thiollent, M. (1980). *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Editora Polis.
- Thorne, S. (1997). Phenomenological positivism and other problematic trends in health science research. *Qualitative Health Research*, 7 (2), 287-293.

- Tuono, V.L., Mello, J.M.H.P., Gotlieb, S.L.D. & Laurenti, R. (2007). *Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, 16 (2), 85-92.
- Ugarriza, D.N., Brown, S.E.D, & Chang-Martinez, C. (2007) - Anglo-american mothers and the prevention of postpartum depression. *Mental Health Nursing*. Reino-Unido, 28 (7), 781-798.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edicao do Autor.
- Vaz, C.P. & Relvas, A.P. (2007). Monoparentalidade: uma família à parte ou parte de uma família? (pp. 245-298). *In* Relvas, A.P. & Alarcão, M.(Coord.). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto.
- Voydanoff, P. & Donnelly, B. W. (1999). The intersection of time in activities and perceived unfairness in relation to psychological distress and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 739-751.
- Walsh, D.J. (2006). 'Nesting' and 'Matrescence' as distinctive features of a free-standing birth centre in the UK. *Midwifery*, 22 (3), 228-39.
- Warren, P. L. & McCarthy, G. (2007), Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21 (2), 91-100.
- Weiten, W., Dunn, D. e Hammer, E. (2012). *Psychology applied to modern life: Adjustment in the 21st century* (10th ed). Belmont: Wadsworth.
- White, M. A., Wilson, E. M., Elander, G., & Persson, B. (1999). The Swedish family: transition to parenthood. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 171-176.
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22, 169-180.

Wimmer-Puchinger, B. (1985). Consequences of family oriented obstetrics. *Zentralblatt Für Gynäkologie*, 107 (13), 785-92.

Zagonel, I.P.S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 7 (3), 25-32.

Zagonel, I.P.S., Martins, M., Pereira, K.F., Athayde, J. (2003). O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5 (2), 24-32.

Zagury, T. (2000). *Sem padecer no paraíso: em defesa dos pais ou sobre a tirania dos filhos* (21a ed.). Rio de Janeiro: Record.

Ziegel, E., & Cranley, M.S. (1985). *Enfermagem Obstétrica* (8ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Zinga, D., Phillips, S.D., & Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 27, 56-64.

ANEXOS

Anexo 1

Escala de Edimburgo

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

Original de: Cox, J.L.; Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). *Edinburgh Postnatal Depression*. *British Journal of Psychiatry*, 150: 782-786.

Tradução Portuguesa: Augusto A.; Kuper, R.; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26 (1): 135-41.

Nome: _____

Data: _____

Idade do Bebê: _____

Pontuação: _____

Aplicador da escala: _____

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

1 – Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

- ☐ 0 Tanto como dantes
- ☐ 1 Menos do que antes
- ☐ 2 Muito menos do que antes
- ☐ 3 Nunca

2 – Tenho tido esperança no futuro.

- ☐ 0 Tanta como sempre tive
- ☐ 1 Menos do que eu costumava a ter
- ☐ 2 Muito menos do que costumava a ter
- ☐ 3 Quase nenhuma

3 – Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

- ☐ 3 Sim, a maioria das vezes
- ☐ 2 Sim, algumas vezes
- ☐ 1 Raramente
- ☐ 0 Não, nunca

4 – Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

- ☐ 0 Não, nunca
- ☐ 1 Quase nunca
- ☐ 2 Sim, por vezes
- ☐ 3 Sim, muitas vezes

5 – Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

- ☐ 3 Sim, muitas vezes
- ☐ 2 Sim, por vezes
- ☐ 1 Não, raramente
- ☐ 0 Não, nunca

6 – Tenho sentido que são coisas demais para mim.

- ☐ 3 Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- ☐ 2 Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- ☐ 1 Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- ☐ 0 Não, resolvo-as tão bem como antes

7 – Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

- ☐ 3 Sim, quase sempre
- ☐ 2 Sim, por vezes
- ☐ 1 Raramente
- ☐ 0 Não, nunca

8 – Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

- ☐ 3 Sim, quase sempre
- ☐ 2 Sim, muitas vezes
- ☐ 1 Raramente
- ☐ 0 Não, nunca

9 – Tenho-me sentido tão infeliz que choro

- ☐ 3 Sim, quase sempre
- ☐ 2 Sim, muitas vezes
- ☐ 1 Raramente
- ☐ 0 Não, nunca

10 – Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

- ☐ 3 Sim, muitas vezes
- ☐ 2 Por vezes
- ☐ 1 Muito raramente
- ☐ 0 Nunca

EPDS – Orientações para cotação

De acordo com Warner, Appleby, Whitton e Faragher (1996), a depressão pós-parto atinge 10% das mães, variando este valor entre 8 e 15%.

A Escala de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida em 1987 como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal.

Foi validada para Portugal e os estudos realizados confirmaram a sua fiabilidade e sensibilidade na deteção da depressão nesta fase da vida.

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3 de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Orientações para o trabalho de investigação

Caso seja identificada uma puérpera com probabilidade de desenvolver depressão pós-parto, por favor questionar sobre a sua intenção de participar no estudo e caso aceda, contatar o autor, **Márcio Tavares**, pelo telemóvel 965133861 ou pelo mail mfm.tavares@hotmail.com.

Também colher a seguinte informação:

Idade: _____

Índice Obstétrico ____-____-____-____

Profissão: _____

Situação Profissional: Empregada ☐ Desempregada ☐

Estado Civil: Solteira ☐ União de facto ☐ Casada ☐ Separada ☐
Divorciada ☐ Viúva ☐

Gravidez planeada: Sim ☐ Não ☐

Gravidez desejada: Sim ☐ Não ☐

Gravidez: Normal ☐ Com patologias associadas ☐

Parto: Eutócico ☐ Distócico ☐ _____

Puerpério: Normal ☐ Com patologias associadas ☐

Recém-nascido:

Vivo ☐ Morto ☐ Sem alterações ☐ Com alterações ☐

Amamenta: Sim ☐ Não ☐

Anexo 2

Pedido de colaboração da USISM

À Presidente do Conselho de Administração
da Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel
Exmª Srª Drª Maria João Carreiro

Assunto: Tese no âmbito do Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Márcio Filipe Moniz Tavares, estudante do referido curso e docente na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores, vem solicitar autorização para que sejam identificadas potenciais participantes no estudo através da aplicação da Escala de Edimburgo a puérperas entre as quatro e as seis semanas de pós-parto, aquando das consultas de saúde infantil ou de revisão do parto para, após, realizar uma entrevista exploratória em local e hora a definir pelas participantes.

Este trabalho tem por finalidade *Construir uma teoria explicativa do processo de transição para a parentalidade das mulheres em risco de DPP*, tendo por objetivo geral o de *Explicar o processo de transição para a parentalidade das mulheres em risco de DP* e é orientado pela Professora Doutora Marinha Carneiro.

A investigação em causa segue uma metodologia qualitativa, nomeadamente a da *Grounded Theory*.

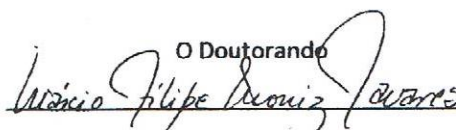
Com este trabalho não se prevê danos e os benefícios relacionam-se com o maior conhecimento do assunto em causa, proporcionando assim oportunidade de melhorar a prestação de cuidados de Enfermagem.

Em termos éticos comprometemo-nos a salvaguardar os princípios descritos no Relatório Belmont, documento emanado pela *National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research*. Assim, a participação das informantes é voluntária, salvaguardando o direito à recusa ou desistência a qualquer momento. Para além disso, a identidade das participantes apenas será conhecida pelo autor e, eventualmente, pela professora orientadora do trabalho. Os dados colhidos serão apenas para uso no trabalho acima referido.

Com vista a interferir o menos possível com o normal funcionamento do serviço, solicita que a identificação das potenciais participantes seja realizada pelos enfermeiros, através do preenchimento da Escala de Edimburgo, o que não deverá representar mais do que dois minutos, disponibilizando-se para dar formação sobre a temática em apreço. Compromete-se em divulgar os resultados do trabalho junto da V. Instituição após o seu terminus, previsto para 2014.

Grato pela atenção dispensada, solicita deferimento.

Ponta Delgada, 30 de novembro de 2012

O Doutorando

Márcio Filipe Moniz Tavares

Anexo 3
Resposta da USISM



SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA DE SÃO MIGUEL

Exmo. Sr.
Enfº.
Márcio Filipe Moniz Tavares
Estrada 28 de Maio 1A
Ponta Delgada
9545 -221 Fenais da Luz

	Vossa referência	Vossa comunicação de	Nossa referência	Nossa comunicação
Nº:		30-11-2012	Nº.: SAI-USISM/2013/10	03-01-2013
Proc.:			Proc.:	

Assunto: Tese no âmbito do Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

Na sequência do vosso pedido, de 30/11/2012, para realização de estudo através da aplicação da Escala de Edimburgo a púerperas entre as quatro a as seis semanas de pós-parto, cumpre-me informar V. Exa, que por despacho da Sra. Presidente do Conselho de Administração, de 10/12/2012, foi deferido o seu pedido, nos moldes solicitados.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração


Maria João R.C. Carreiro

CF



Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional da Saúde
Direção Regional da Saúde

Rua Consº. Luís Bettencourt, 26/28
9500-058 Ponta Delgada (Açores)

Telef.: +351 296 205 260
Fax: +351 296 629 372

Cont: 512 034125
sras-cspd@azores.gov.pt
www.azores.gov.pt

Anexo 4
Guião de entrevista semiestruturado

Finalidade	Objetivos gerais	Questões de investigação	Guião de entrevista
Construir uma teoria explicativa do processo de transição para a maternidade das mulheres em risco de DPP, contribuindo para a construção da disciplina de enfermagem.	Explicar o processo de transição para a maternidade das mulheres em risco de DPP Contribuir para a construção do conhecimento da disciplina de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Como vivenciam as mulheres o seu processo de transição para a maternidade? - Que experiências considera significativas para o processo de transição para a maternidade? - Que significados atribuem as mulheres às intervenções dos Enfermeiros SMO? - Que intervenções são referenciadas e que podem ser consideradas como garante da prevenção da DPP? 	Adaptação à gravidez Fale-me sobre a sua gravidez: Como viveu esse período? Como se sentiu quando soube que estava grávida? Como imaginou viver a gravidez?
			Experiência de Parto Como foi o trabalho de parto? Como foi o nascimento? Como foi o internamento na unidade de puerpério?
			Desempenho das competências obstétricas Fale-me como foi desde que entrou até que saiu do hospital. Que apoio recebeu dos profissionais de saúde?
			Desempenho do papel de mãe/experiência de tornar-se mãe Sentiu-se preparada para a alta hospitalar? Como foi chegar a casa? Como se sentiu ao chegar a casa? Como se sente agora com o seu bebé?
			Ligação mãe/filho Como é o seu bebé? Há alguma coisa que a preocupe em relação ao bebé?
			Redes Sociais: companheiro, amigos, família, profissionais de saúde, económica... Que apoio tem e quem a apoia? Como é que se sente de um modo geral? O que acha que ajudaria a sentir-se melhor? Há mais alguma coisa que gostaria de mencionar ou falar sobre?

Anexo 5

Exemplo de um diário de campo

Diário de campo

(Entrevista Sr.^a Fernanda – 5 meses)

Data: 2013/01/04

Início: 14 horas. Fim: 16 horas

À hora marcada cheguei à casa da Sr.^a Fernanda, no entanto, embora ela estivesse, não pôde logo atender-me, por estar a cuidar da filha. Fui recebido pela sua mãe. Convidou-me para entrar e conduziu-me à sala e foi aproveitando para dizer que estava muito preocupada com a filha, pois estava muito chorosa e que não a reconhecia, estando muito preocupada porque estava com medo que “o parto suba à cabeça!”. Logo após, a Sr.^a Fernanda entrou na sala e, para não se instalar um mau ambiente, optei por partilhar o teor da conversa que estava a ter com a sua mãe, o que me pareceu uma boa opção, pois a Sr.^a Fernanda encarou essa conversa com naturalidade. Pude, por esta altura, perceber que conhecia a participante, uma vez que foi uma das puérperas com quem eu estabeleci contato no internamento, aquando do nascimento da sua filha. Este facto facilitou a relação com a Sr.^a, o que levou a que verbalizasse “Ainda bem que é o Sr.! Sempre é mais fácil falar com alguém que já conhecemos”. Na verdade, esse facto foi bastante importante, pois senti que havia alguma vontade de partilhar as suas angústias, e o facto de eu já ser seu conhecido facilitaria essa partilha.

A Sr.^a Fernanda mora na freguesia³⁸ de [REDACTED] em [REDACTED], um dos concelhos rurais da ilha de São Miguel. A casa tem uma traça antiga, de pedra, datada do século XIX, mas muito bem conservada, tendo sido alvo de remodelação, quando adquirida pela Sr.^a Fernanda. Uma vez que o marido é pedreiro, tem sido ele o responsável pela remodelação e manutenção da moradia. Possui um amplo jardim na frente, com entrada lateral, em uma rua muito calma, próxima de supermercados, farmácia, igreja e relativamente

³⁸ Para apresentar este diário de campo, ocultou-se a informação que poderia facilitar a identificação da participante, promovendo assim, o seu direito à privacidade e sigilo.

próxima de uma escola, que o filho do meio frequenta, como fui informado pela Sr.^a Fernanda. A vizinhança parece agradável e calma. Entramos pela porta principal da casa e fomos para a sala, que está mobilada com móveis contemporâneos, dando a sensação de que esta divisão da casa é pouco frequentada, sendo apenas utilizada como sala de visitas. De acordo com a Sr.^a Fernanda, a opção por aquela divisão foi também, por ser um ambiente mais calmo e onde poderíamos falar à vontade sem que nos perturbassem. A Sr.^a Fernanda foi informando que os filhos mais velhos estavam na escola, o marido tinha ido ao fundo de emprego a uma reunião, o pai a uma consulta no centro de saúde e quem estava em casa era só ela e a mãe, que nos abriu a porta e que iria tomar conta da bebé.

A sala era confortável, estava um ambiente escurecido, mas que a Sr.^a Fernanda assim que entrou na sala abriu o estore para entrar luz do dia. Pudemos ver melhor a sala, que tinha numa mesinha ao canto com umas molduras com fotografias da família, havendo já uma da bebé, ainda na maternidade ao colo de sua mãe. No outro canto tinha a cadeira de transporte da bebé, bem como uma alfofa com uma manta rosa, que, após elogiar, soube que tinha sido a sogra que a fez, para a neta mais velha.

Ainda a sala tinha na parede uma fotografia do casamento da Sr.^a Fernanda, ainda jovem onde era bem visível a felicidade da Sr.^a Fernanda.

Por esta altura a mãe da Sr.^a Fernanda entrou com a menina para me mostrar. Vestida com um fato de corpo inteiro, já possui furos nas orelhas com uns brincos pequenos de cor doirada e a chucha dependurada. A Sr.^a Fernanda levantou-se, para ir fazer uma carícia à filha, trazendo-a até mim para a pegar. Chamou a atenção para as orelhas da sua filha, afirmando que tinha sido a madrinha da bebé quem a levou a uma ourivesaria para furar as orelhas à bebé. A avó referiu que era um pecado, mas quando mais cedo melhor para a bebé não sofrer tanto. Entretanto, a bebé precisava de comer pelo que a avó disse que se iria retirar para ir tratar da bebé.

Com cinco semanas, a bebé parecia encaixar-se no percentil 50, no entanto para a avó e para a mãe, consideravam uma bebé muito pequena quando a

comparavam com os outros dois filhos/netos. Referiram que ela era *biqueira*³⁹, comia pouco e por isso ela também não aumentava grande coisa. Realçou, ainda, que era terrível, muito desassossegada e que chorava muito quer de noite quer de dia. A este propósito, a Sr.^a Fernanda disse que era difícil para si ouvir os gritos da bebé e que era um suplício por entrar “*bem dentro da minha cabeça!*”.

Ainda não tínhamos iniciado a entrevista, entra na sala a mãe da Sr.^a Fernanda com um tabuleiro com umas chávenas, um bule de chá verde e uns biscoitinhos caseiros feitos por ela, como fez questão de dizer. Ambas insistiram para que tomasse o *chazinho* e, entretanto, fomos falando mais um pouco sobre a bebé, o seu temperamento, ouvindo as queixas mais da avó do que propriamente da Sr.^a Fernanda.

Como o tempo ia passando, houve a necessidade de recordar como a Sr.^a tinha sido selecionada, bem como o objetivo da investigação que se está a encetar e da entrevista que se iria realizar. Aproveitou-se para explicar a importância de gravar a entrevista e de se assinar o consentimento informado. Após estas explicações, a Sr.^a referiu que era bom poder falar com alguém sobre o que estava sentindo e passando, porque iria ajudar a por para fora tudo o que a agoniava. Enquanto dizia isso, notei uma postura de desconforto e insegurança, chegando-se para a beira do sofá, contraindo as pernas e apertando as mãos com algum vigor. Nesta altura não direcionava o seu olhar para mim, mas sim para o vazio. Iniciámos a colheita de dados, explicando a forma como ela iria decorrer e pedindo que se sentisse à vontade para falar o tempo que desejasse. Quando colocadas as primeiras questões *Fale-me sobre a sua gravidez: Como viveu esse período? Como se sentiu quando soube que estava grávida? Como imaginou viver a gravidez?* a Sr.^a Fernanda respondeu “*A minha gravidez foi assim: desde o princípio em que foi feito... em que fiquei grávida fui-me queixando sempre até ao fim da cabeça, sempre a minha cabeça. E sentia um cansaço... pequenas tarefas que eu fazia, sentia logo... cansava facilmente. Portanto, não foi uma gravidez fácil para mim, porque por tudo e por nada eu me cansava, diferente das outras duas gravidezes que já tive. Fazia de tudo,*

³⁹ No léxico micalense, *biqueira* significa pessoa que não come muito, que tem fastio.

melhor nas outras duas e nessa não. Já me sentia naquele tal... sempre cansaço. Todas as vezes que vinha à consulta informava a enfermeira que me queixava da cabeça e estive sempre a queixar-me até ao fim da gravidez da cabeça.” Ao falar sobre o que sentiu ao longo da sua gravidez, a Sr.^a Fernanda adotou uma postura defensiva, segurando por vezes a cabeça, realizando gestos fechados e voltados para o interior. Aliás esta postura marcou a entrevista toda, denotando-se algum desconforto quando tratava de falar sobre algumas questões como é o caso do desemprego do marido, ou da falta de apoio efetivo que sente ter, para além dos pensamentos que a invadem e que ela tenta se abstrair. A esse propósito, saliente-se que a Sr.^a Fernanda, acrescentou, após ter terminado a entrevista, que nunca tinha partilhado com ninguém as ideias suicidas que tem tido, pelo que houve necessidade de, não abandonando o papel de investigador, assumir o de profissional de saúde e recomendar não só a partilha desses pensamentos com alguém da sua confiança, mas também com a sua enfermeira de referência, o seu médico de família e foi recomendada a consulta de um profissional que trabalhe ao nível da saúde mental e psiquiatria. Enquanto falava, a Sr.^a Fernanda mantinha uma postura cabisbaixa, como se entendesse que estaria a repreendê-la, pelo que frisei a importância de ser observada e ser ajudada por quem saberá ajudá-la.

De salientar a mudança de postura em dois eventos distintos: quando falou sobre o insucesso na amamentação e quando referiu precisar de férias. Quando falou da amamentação, pôde-se verificar a frustração do que interpreta como insucesso, estampado no rosto. Chorando e gesticulando, referia o insucesso como algo que lhe provocava dor e que criava remorso, por não ter conseguido manter a sua meta. Ainda assim, procurou justificar-se, mas em uma atitude quase como a pedir desculpa por não ter conseguido amamentar. Esta foi a única altura em que a Sr.^a Fernanda se levantou e dirigiu-se até à porta do quarto, como se a ver se alguém vinha pelo corredor. Com um lenço na mão a enxugar as lágrimas, referiu *O facto de só ter amamentado quase cinco semanas, representa um insucesso para mim. Eu queria dar mais (choro). Eu tinha um objetivo para cumprir... isso para*

mim é como uma mágoa que eu vou levar um dia quando morrer para a cova comigo... (chorou).

Percebe-se pela forma como se comporta e fala que a amamentação é muito importante para ela e que o seu insucesso pode estar a contribuir para o mal-estar psíquico da Sr.^a.

Quando abordou a questão das férias, gesticulou de uma forma a apontar para o vazio, como se fosse partir, esboçando um sorriso.

Outra situação que parece a afetar é a falta da sua alegria. A mãe ainda antes de iniciar a entrevista, caracterizou a filha Fernanda como sendo alegre, divertida e causadora de bom ambiente, mas que atualmente não a reconhece nem identifica essas características na sua filha. Para a Sr.^a Fernanda não aceita o *roubo* a que foi sujeita, falando sobre este assunto friccionando as mãos.

Após terminar a entrevista, informei da necessidade de voltar a fazê-lo por volta dos 4/6 meses de pós-parto e questionei se aceitaria fazer uma nova entrevista. A resposta foi positiva, manifestando a sua satisfação por ter com quem partilhar as suas amarguras.

Permaneci no domicílio desta Sr.^a por mais alguns minutos, mas nada de novo aconteceu. Despedimo-nos da Sr.^a e da sua mãe, que não mais nos incomodou depois de iniciada a entrevista.

Anexo 6
Codificação de uma entrevista

Codificação Entrevista de Fernanda

04-01-2014

Sumário

Documento	307
Condição Causal - Reconhecendo um Período de Incógnita e Ansiedade	307
Confrontação com a realidade	308
Experiência do internamento	308
Bebé Real	308
Relação com as colegas de quarto	308
Relações estabelecidas com os profissionais	309
Prestar cuidados ao bebé	309
Conhecimento de que está grávida	309
Realidade do Parto	309
Tipo de Parto	309
Acompanhamento	310
Chegar a casa	311
Dificuldades sentidas	312
Constrangimentos financeiros	312
Inexperiência na Prestação de cuidados	312
Dificuldade em conciliar tarefas	312
Condições intervenientes no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP	313
Alterações biológicas e psicológicas	313
Alterações psicológicas	313
Alterações físicas	314
Imagem corporal alterada	315
Situação de saúde no pós-parto	315
Apreensão com o futuro	315
Manifestação de tristeza e cansaço	315
Receio de ter uma depressão	316
Desconfortos sentidos e alterações de autoimagem	316
Receio de ser abandonado pelo companheiro	316
Interação social alterada	317
Sentindo o seu espaço invadido	317
Não podendo sair por causa do bebé	317
Vivendo uma vida de clausura	317
Saindo de casa por pouco tempo	1 317

Inavadiada pela opinião de familiares e amigos	317
Apoio profissional inadequado.....	317
Demasiada informação para se apreender no internamento/consulta	317
Atitude paternalista em relação às puérperas e bebés	318
Demonstração de pouca disponibilidade pelos profissionais	318
Perceção da gravidez/parto/pós-parto	318
Resignação e aceitação	318
Reacção ao pós-parto	318
Reacção à notícia da gravidez	319
Reacção da família e amigos	319
Reacção ao parto.....	319
Amamentação	320
Insucesso	320
Desistência por exigência de condições de saúde	321
Pressão para amamentar	322
Situação familiar.....	322
Manter relações familiares conflituosas	322
Falta de apoio sociofamiliar	323
Manifestando dificuldades financeiras	323
Preocupada com os outros filhos	323
Respostas Parentais no fenómeno da parentalidade em contexto de Risco de DPP	325
Assumindo-se como mãe	325
Vivendo sentimentos e emoções no exercício da parentalidade	325
Partilhar os cuidados ao bebé	325
Assumindo a responsabilidade pelo bebé.....	325
Abdicando de si a favor do bebé	325
Descrevendo-se como mãe	325
Reacção perante a confrontação com o bebé	325
Sentindo insegurança	325
Comparando o bebé.....	326
Culpabilização pelas alterações do bebé.....	326
Preocupação desmedida com o bebé	326
Realçando as características do bebé	326
Conquista do papel maternal	326

Sentindo-se incompetente para cuidar do bebê.....	326
Sentindo dúvidas para o exercício eficaz da maternidade.....	326
Sentindo um amor incondicional	326
Reconhecendo estar emocionalmente perturbada	326
Sentindo-se Assoberbada pela chegada do bebê	326
Sentindo-se cansada e extenuada.....	327
Tomada de consciência de que é mãe	327
Sentindo-se ligada ao bebê	327
Identificando-se como mãe e como tendo um filho	327
Percebendo-se com outra responsabilidade.....	327
Encarando a dependência do bebê como positiva	327
Receosa de acontecer alguma coisa ao bebê.....	327
Estratégias utilizadas para lidar com a parentalidade quando em Risco de DPP	328
Reorganizando as tarefas do dia-a-dia	328
Prestando cuidados em parceria.....	328
Garantindo a sua substituição por períodos	328
Ajustando as tarefas à presença do bebê	328
Aprendendo a lidar com situações problemáticas.....	328
Reaprendendo a avaliar as situações	328
Tentando novas estratégias	328
Aprendendo a cuidar	328
Recorrendo a redes de apoio formal e informal	328
Procurando ser criativa e inovadora	329
Controlando a ansiedade	329
Tornar-se o centro da sua vida.....	329
Viver a sua vida ao ritmo da vida do bebê	329
Assumir-se como sendo uma entidade separada do bebê	330
Controlando os medos e receios.....	330
Reservando tempo só para si	330
Reorganizando a vida conjugal.....	330
Aprendendo a evitar conflitos.....	330
Consequências do fenómeno da parentalidade quando em risco de DPP	331
Transformar-se em mãe	331
Incorporação do papel parental	332
Deixando-se ser ajudada para se sentir mãe 3	332

Autodeterminação na assunção do papel de mãe.....	332
Ultrapassando as suas dificuldades.....	332
Aprendendo a ultrapassar a exaustão.....	332
Aprendendo a verbalizar emoções.....	332
Sentindo esperança no futuro.....	332
Acreditando que encontrará um ponto de equilíbrio.....	332
Modelando o seu autoconceito	332
Aprendendo a ganhar confiança	332
Percebendo que terão de ser uma pessoa diferente.....	332
Estabelecendo limites para a intervenção de terceiros	332
Lutando para recuperar a alegria de viver	332
Aprendendo a assumir as suas decisões	332
Desenvolver a resiliência.....	332
Planeando o futuro.....	332
Prevendo novas dificuldades.....	332
Prevendo novas preocupações	332
Planeando mudanças na dinâmica familiar.....	332
Planeando determinar limites de influência	332
Anexo 1 - Entrevista.....	31

Documento

No.	Documento	Autor
1	Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto	Márcio Tavares

Condição Causal - Reconhecendo um Período de Incógnita e Ansiedade

Confrontação com a realidade

Experiência do internamento

Bebé Real

1.

"Eu só pedia: que ela venha bem! Sem moleste nenhum... eu sabia que ia ser uma niquinha de gente, mas eu só pedia para ela vir com saúde e sem defeito."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 17-17; Author: TAVARES; 04-01-2014 7:33; Weight score: 0]

2.

"Mas pronto acostumei-me à ideia e gosto dela mesmo assim."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 13-13; Author: TAVARES; 04-01-2014 10:02; Weight score: 0]

3.

"Com essa menina quando eu principiei dar de mamar não... Ela não aumentava o suficiente! Aumentava só gramas... praticamente 30 a 40 grs por semana"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 28-28; Author: TAVARES; 04-01-2014 10:06; Weight score: 0]

Relação com as colegas de quarto

1.

"Quando eu fui para sala tinha duas colegas que já estavam de saída. Fiquei sozinha até Às sete da noite. Às sete da noite entrou uma colega que tinha tido uma menina. Mas...Depois entrou uma outra no dia a seguir mais tarde. Mas, eu gostei."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 31-31; Author: TAVARES; 04-01-2014 10:00; Weight score: 0]

Relações estabelecidas com os profissionais

1.

"Ah eu gostei muito, gostei muito! Adorei. Fui muito bem tratada pelas enfermeiras."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 30-30; Author: TAVARES; 04-01-2014
10:00; Weight score: 0]

2.

"Tudo muito bom... desde assistentes, médicos, enfermeiros... Tudo muito bom..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 33-33; Author: TAVARES; 04-01-2014
10:06; Weight score: 0]

Prestar cuidados ao bebé

1.

"O que me preocupava era aquela coisa ali pendurada na barriga... metia-me tanta impressão só de pensar que tinha de a lavar."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 47-48; Author: TAVARES; 04-01-2014
7:58; Weight score: 0]

Conhecimento de que está grávida

1.

"A primeira reação foi que eu chorei. Não de tristeza! Eu chorei porque, foi assim... eu já desconfiava que estava grávida, mas foi assim mais a reação"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 4-4; Author: TAVARES; 04-01-2014
9:53; Weight score: 0]

2.

"Quando fui ao Centro de Saúde fazer, e que deu positivo, a enfermeira disse que deu positivo, eu chorei. Chorei... foi aquela ansiedade de saber que realmente eu estava grávida."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 4-4; Author: TAVARES; 04-01-2014
9:53; Weight score: 0]

Realidade do Parto

Tipo de Parto

1.

"Foi um parto normal, que é o que eu queria. Eu não queria uma cesariana, fiquei feliz por não ter sido, e foi rápido."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 15-15; Author: TAVARES; 04-01-2014 9:08; Weight score: 0]

Acompanhamento

7

1.

"Cheguei lá baixo, não levou muito tempo, fizeram-me o toque já estava com cinco dedos de dilatação, depois estiveram-me a fazer um inquérito... as perguntas... o que é normal. Depois desceu para oito dedos, fui para a sala de espera para ligarem-me o soro, quando a enfermeira foi fazer-me o toque, já estava com 9 dedos, a enfermeira disse-me para aguentar aguentar que iam preparar a sala de partos, mas eu já não me aguentei a menina veio para fora."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 16-16; Author: TAVARES; 04-01-2014 9:04; Weight score: 0]

2.

"Tava com a enfermeira que estava a por as luvas. Mas nesse entretanto de ela por as luvas ela tava a dizer para eu me aguentar, mas não consegui aguentar derivado às dores."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 19-19; Author: TAVARES; 04-01-2014 9:04; Weight score: 0]

3.

"A sala tava cheia... não sei... devia ter umas 8/10 pessoas. Num instante encheu: éramos só eu e o meu marido praticamente que estávamos na sala de partos e num instante surgiu ajudantes, mais enfermeiras... eu gostei! Fui um parto mais cheio do que os outros, o que não me fez confusão! Eu gostei."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 26-27; Author: TAVARES; 04-01-2014 9:05; Weight score: 0]

4.

"Fui muito bem atendida, muito bem atendida! Foi tudo muito rápido. Nunca me senti com receio porque estava ao pé de gente estranha."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 33-33; Author: TAVARES; 04-01-2014 9:06; Weight score: 0]

5.

"O apoio era importante, apesar de tudo o facto de elas estarem ali, para nós, é importante!"

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 35-35; Author: TAVARES; 04-01-2014
9:06; Weight score: 0]*

Chegar a casa

1.

"Quando cheguei a casa... quando cheguei à casa já tinha pessoas à minha espera... estavam à espera de mim: os meus pais, as minhas vizinhas estavam lá também."

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 38-38; Author: TAVARES; 04-01-2014
9:56; Weight score: 0]*

2.

"Mas, eu queria ter só a minha família e descansar... porque não é fácil vir de um hospital e vir para casa, porque a viagem também é longa pelo caminho, e uma pessoa que dá de mamar também precisa de descansar, mas pronto!... eu pensei este momento é único, o vir para casa é único... não acontece mais. É único para mim e para os outros."

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 38-38; Author: TAVARES; 04-01-2014
9:56; Weight score: 0]*

3.

"se eu pudesse escolher não tinha recebido ninguém! Preferia primeiro descansar e depois então quem quisesse vir podia vir, porque eu não descansei."

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 38-38; Author: TAVARES; 04-01-2014
9:57; Weight score: 0]*

4.

"Eu não estou acostumada com muita gente. O fim de semana para mim é péssimo, é péssimo, porque eu tenho toda a gente em casa. E é complicado!"

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 39-39; Author: TAVARES; 04-01-2014
9:57; Weight score: 0]*

5.

"nos dias a seguir fui eu. E eu acho que isso ajudou para que eu não descansasse: o dar de mamar, o fazer o de comer, o de limpar a casa, tudo para cima de mim... A pessoa... a reação é realmente entrar em choque"

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 42-42; Author: TAVARES; 04-01-2014
10:08; Weight score: 0]*

Dificuldades sentidas

Constrangimentos financeiros

1.

"Porque nas outras duas o meu marido estava a trabalhar, não me faltava nada, a gente praticamente tinha de tudo. E quando fiquei grávida, o meu marido ficou desempregado, não planeamos o desemprego do meu marido."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 10-10; Author: TAVARES; 04-01-2014 9:02; Weight score: 0]

2.

"Mas isso foi sempre uma preocupação durante a gravidez: porque mais um filho é mais uma boca para comer. E a gente tem que ter para dar."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 10-10; Author: TAVARES; 04-01-2014 9:03; Weight score: 0]

Inexperiência na Prestação de cuidados

Dificuldade em conciliar tarefas

Condições intervenientes no fenómeno da parentalidade em contexto de DPP

1.

"Sentia-me preparada para ir para casa sim,"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 37-37; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:01; Weight score: 0]

Alterações biológicas e psicológicas

Alterações psicológicas

1.

"Chorei no princípio, mas depois quando vi que tava tudo bem, já fiquei mais conformada, fiquei mais contente. Isso tudo porque não era dos meus planos ainda ter essa gravidez, mais a mais como a vida como estava..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 5-5; Author: TAVARES; 04-01-2014 7:16; Weight score: 0]

2.

"Mas... Sentia-me mais frágil. Eu já sou sensível, mas agora, grávida? Eu fiquei bem mais..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 11-12; Author: TAVARES; 04-01-2014 7:20; Weight score: 0]

3.

"Antes de aparecer essa doença, eu tinha a minha alegria... apesar de ter na gravidez dores de cabeça, mas eu tinha a minha alegria, tinha a minha alegria!"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 63-63; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:24; Weight score: 0]

4.

"tinha a minha alegria. Mas depois a minha alegria desapareceu..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 63-63; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:24; Weight score: 0]

5.

"Parece até que... roubassem a minha alegria, que deixassem um vazio de dentro de mim."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 65-65; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:24; Weight score: 0]

6.

"Isso aconteceu depois de ter tido a minha filha, quando eu comecei a sentir que tava a fazer de tudo para dar de mamar à minha filha e não conseguia. Eu sentia que... (chorosa) eu queria ajudar, apesar de ela tar a consumir-me muito a energia, que eu queria dar aos outros a minha atenção e o meu tempo e eu não podia"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 65-65; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:25; Weight score: 0]

7.

"Às vezes uma pessoa está tão em baixo, tão em baixo, tão em baixo, que aquelas coisas positivas que uma pessoa tinha na ideia... Acabou."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 66-66; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:26; Weight score: 0]

8.

"eu quero a minha alegria de volta, eu quero o que é meu de volta."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 67-67; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:27; Weight score: 0]

9.

"eu explodia facilmente porque sentia-me sobre pressão, foi tudo para cima de mim, tudo para cima de mim"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 73-73; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:30; Weight score: 0]

10.

"quando às vezes estou muito sozinha, já me vi pendurada numa corda, pendurada nos postos de luz pendurada numa corda, já me vi em casa pendurada na... no quarto enforcada lá, enforcada no corrimão."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 79-79; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:31; Weight score: 0]

Alterações físicas

1.

"A minha gravidez foi assim: desde o princípio em que foi feito... em que fiquei grávida fui-me queixando sempre até ao fim da cabeça, sempre a minha cabeça."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 2-2; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:28; Weight score: 0]

Imagem corporal alterada

Situação de saúde no pós-parto

Apreensão com o futuro

1.

"E, pronto, a gente também pensa que é assim: a gente planeou uma coisa que a gente pensava que no futuro ia ser como a gente queria e... descambalou ali um bocadinho tudo por causa do desemprego do meu marido. E isso foi um fator que fez com que eu não vivesse a minha gravidez em pleno, pela preocupação, que ainda mantenho."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 12-12; Author: TAVARES; 04-01-2014 7:22; Weight score: 0]

2.

"Mas eu digo: não, não vais destruir a minha cabeça. Eu estou aqui pelos meus filhos. Não vais destruir a minha cabeça. Mas essa já foi uma vontade minha. E de vez em quando ainda vem, mas eu desligo, eu tento tirar isso fora da minha cabeça. Quando essa coisa negativa começa logo na minha cabeça, começo logo a tentar desviar e a criar uma estratégia de pensar em coisas positivas, como por exemplo os meus filhos, eu tenho que sobreviver para eles. Eu não pedi para vir para este mundo, também não quero ir-me embora assim."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 79-79; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:37; Weight score: 0]

Manifestação de tristeza e cansaço

1.

"Um Supor: um ladrão é preso por roubar, mas eu não roubei. Eu sinto que me tiraram a alegria que eu tinha. Mas, eu penso assim: se um ladrão foi para a cadeia, é porque roubou, mas eu não roubei, não matei, então tenho de tentar recuperar aquilo que eu tinha que era meu. E é nessas coisas que eu tento por na minha cabeça, alegria, a minha alegria que se foi embora."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 67-67; Author: TAVARES; 04-01-2014 8:04; Weight score: 0]

2.

"Apercebi-me que precisava de ajuda p 13 não me sentia bem... era sempre aquela angústia, aquela tristeza..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 53-53; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:33; Weight score: 0]

3.

"E sentia um cansaço... pequenas tarefas que eu fazia, sentia logo... cansava facilmente."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 2-2; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:34; Weight score: 0]

4.

"porque por tudo e por nada eu me cansava, diferente das outras duas gravidezes que já tive."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 2-2; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:34; Weight score: 0]

5.

"Já me sentia naquele tal... sempre cansaço"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 2-2; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:35; Weight score: 0]

6.

"tentar calá-la, para o meu cérebro poder descansar, porque ouvindo-a berrar, berrar, berrar, berrar eu não consigo..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 48-48; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:35; Weight score: 0]

7.

"Sinto-me muito cansada."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 61-61; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:36; Weight score: 0]

Receio de ter uma depressão

Desconfortos sentidos e alterações de autoimagem

Receio de ser abandonado pelo companheiro

1.

"E por isso o meu maior medo, neste momento, é o meu marido não me conseguir aguentar a nível da minha depressão, não me consegue compreender e de me deixar, é o meu maior medo"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 68-68; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:32; Weight score: 0]

Interação social alterada

Sentindo o seu espaço invadido

1.

"Eu acho que foi importante para me sentir ligada a ele, mas não foi fácil! Até porque eu sentia-me inútil..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 25-25; Author: TAVARES; 04-01-2014 7:36; Weight score: 0]

2.

"No primeiro mês, todos os dias eu tive gente aqui em casa, todos os santíssimos dias. Se não era gente tava sempre com o bebé a tratar dele..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 40-41; Author: TAVARES; 04-01-2014 7:57; Weight score: 0]

Não podendo sair por causa do bebé

Vivendo uma vida de clausura

Saindo de casa por pouco tempo

Invadida pela opinião de familiares e amigos

Apoio profissional inadequado

Demasiada informação para se apreender no internamento/consulta

1.

"No internamento os enfermeiros também foram muito presentes, explicaram-me todos os cuidados a ter com a menina, desde o ban¹⁵ evenção de acidentes e aos cuidados de saúde. Sempre a explicar o que faziam... só que acho que nos transmitem demasiada informação. Naquele momento o que mais precisamos é de nos habituar aos nossos filhos, saber o essencial, mas ali transmitem-nos informação em demasia... não me recordo de metade. Em três dias foi tanta coisa, que a meio caminho o que eu acho que aprendi foi o banho e porque foi demonstrado... mas não posso dizer que houve falta de apoio, porque não houve... antes pelo contrário."

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 34-34; Author: TAVARES; 04-01-2014
7:53; Weight score: 0]*

Atitude paternalista em relação às puérperas e bebés

Demonstração de pouca disponibilidade pelos profissionais

Perceção da gravidez/parto/pós-parto

Resignação e aceitação

1.

"Sim! Como a vida está não é fácil, mas depois, que remédio? Fui aceitando e dizendo pronto! Uma criança é uma coisa boa! Antes mais um do que menos um..."

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 7-7; Author: TAVARES; 04-01-2014
7:17; Weight score: 0]*

2.

"Mas, pronto, eu também pensei já que nós quisemos também havemos de superar isso e tentar caminhar pelo bom caminho que a gente tem que seguir"

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 10-10; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:15; Weight score: 0]*

16

Reacção ao pós-parto

1.

"Eu não estou acostumada com muita gente. O fim de semana para mim é péssimo, é péssimo, porque eu tenho toda a gente em casa. E é complicado! É tanto que eu só olho ao bebé e nem ligo aos outros nem a mais nada ainda assim, tenho sempre muitas dúvidas! Será que sou boa mãe?"

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 39-40; Author: TAVARES; 04-01-2014
7:57; Weight score: 0]*

2.

"Entre a sala de parto e a sala de obstetria, eu já tava dando de mamar à menina fui com ela pelo corredor dando de mamar à menina... Eu queria muito dar."

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 28-28; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:19; Weight score: 0]*

3.

"eu estava sendo bem tratada e a minha filha também... eu gostei de estar lá em baixo... no internamento que eu estive eu gostei!"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 31-31; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:20; Weight score: 0]

Reacção à notícia da gravidez

1.

"A primeira reacção foi que eu chorei. Não de tristeza! Eu chorei porque, foi assim..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 4-4; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:14; Weight score: 0]

2.

"a enfermeira disse que deu positivo, eu chorei. Chorei..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 4-4; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:14; Weight score: 0]

3.

"Pensava que esta gravidez ia ser mais parecida com as outras."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 10-10; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:14; Weight score: 0]

17

Reacção da família e amigos

1.

"estavam sempre ao telefone: "Mãe e a gente quando é que vai ver a menina?"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 37-37; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:21; Weight score: 0]

2.

"são pessoas assim... amigas que gostam sempre de dar uma palavra amiga quando a gente precisa..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 38-38; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:22; Weight score: 0]

Reacção ao parto

1.

"Fiquei em casa, decidi aguentar o máximo possível as dores. Umas 7 e pique da manhã, levantei-me da cama e fui lá para baixo para o Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta

Delgada, tive a menina como se fosse pegar, um bem dizer, numa garrafa de gás e ligar ao fogão."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 16-16; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:17; Weight score: 0]

2.

"Depois desceu para oito dedos, fui para a sala de espera para ligarem-me o soro, quando a enfermeira foi fazer-me o toque, já estava com 9 dedos, a enfermeira disse-me para aguentar aguentar que iam preparar a sala de partos, mas eu já não me aguentei a menina veio para fora"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 16-16; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:17; Weight score: 0]

3.

"não consegui aguentar derivado às dores. E por isso ela nasceu. Nem deu tempo de ir para a sala de partos."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 19-19; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:18; Weight score: 0]

4.

18

"O nascimento... aquilo foi... Aquilo foi rápido, foi chegar lá baixo a rapariga nasceu."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 23-23; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:18; Weight score: 0]

5.

"Quando o bebé nasceu eu não senti ele logo a chorar, porque, eu olhei assim para o meu marido e o meu marido olhou assim para mim, e a gente ficou assim naquela... a criança não chora! O que é que aconteceu?"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 25-25; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:19; Weight score: 0]

Amamentação

Insucesso

1.

"O facto de só ter amamentado quase cinco semanas, representa um insucesso para mim. Eu queria dar mais (choro). Eu tinha um objetivo para cumprir... isso para mim é como uma mágoa que eu vou levar um dia quando morrer para a cova comigo... (chorou)"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 72-72; Author: TAVARES; 04-01-2014 8:05; Weight score: 0]

2.

"naquela altura eu tava a dar de mamar ou bem haveria dar de mamar ou bem haveria de olhar pelos miúdos."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 65-65; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:25; Weight score: 0]

Desistência por exigência de condições de saúde

1.

"dessa se não fosse a depressão eu queria tentar dar até aos seis meses, mas não pude (começou a chorar)"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 28-28; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:09; Weight score: 0]

2.

"Com essa menina quando eu principiei dar de mamar não... Ela não aumentava o suficiente! Aumentava só gramas... praticamente 30 a 40¹⁹ grs por semana. Eu vinha pesá-la de semana a semana. Por mim eu queria dar mais, queria continuar, mas não. Eu não conseguia... tive de secar o peito, para poder tratar de mim, mas não era o que eu esperava (choro)."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 28-28; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:10; Weight score: 0]

3.

"eu deixei de dar de mamar à miúda, para me tratar porque eu não podia me tratar dando de mamar."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 44-44; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:11; Weight score: 0]

Pressão para amamentar

Situação familiar

Manter relações familiares conflituosas

1.

"Acho que é só... embora o meu marido podia esforçar-se mais. Ele podia ser mais companheiro, ele não é muito companheiro, ele gosta mais é de estar por fora com os amigos. E isto desgosta-me..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 76-76; Author: TAVARES; 04-01-2014 8:06; Weight score: 0]

2.

"Porque quando foi-me diagnosticado esta depressão as coisas não estavam boas, porque o serviço era todo para cima de mim, ele ia para a loja jogar cartas, eu ficava praticamente com os miúdos tudo em casa"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 75-75; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:06; Weight score: 0]

3.

"Muitas vezes, quando vinha para casa comia, depois voltava a sair, depois só aparecia à noite em casa, ou seja, apesar dele está desempregado era muito tempo eu tar a fazer tudo sozinha."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 75-75; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:06; Weight score: 0]

4.

"sentia que a atenção que ele devia dar a mim não tava a dar a mim, dava aos de fora."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 75-75; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:06; Weight score: 0]

5.

"Também naquela altura, enquanto eu também tava a dar de mamar, o meu marido também não estava a compreender as minhas reações"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 73-73; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:06; Weight score: 0]

Falta de apoio sociofamiliar

1.

"Eu gostava assim, que houvesse assim, alguém assim... um supor: que pensasse assim que eu preciso de ajuda e que pudesse pegar nos meus filhos assim, um dia, ou um familiar meu que pegasse num dia para a sua casa, mas sem interesses"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 57-57; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:07; Weight score: 0]

2.

"que dissesse assim: bem ela tá a precisar de ajuda ou mesmo o marido"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 57-57; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:07; Weight score: 0]

3.

"into que querem sempre alguma coisa em troca. Porque é assim: quando a gente faz as coisas de boa vontade, não é preciso a gente um dia mais tarde dizer assim: eu fiz"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 59-59; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:08; Weight score: 0]

Manifestando dificuldades financeiras

1.

"e eu choro porque me magoa, porque às vezes eu mal consigo ter dinheiro para elas comerem isso angustia-me muito e o pior é eu não saber o que fazer"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 35-35; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:21; Weight score: 0]

Preocupada com os outros filhos

1.

"porque eu estava a ficar ansiosa por cá 21 s meus outros dois filhos que tinham 4 e 7 anos... estavam sempre ao telefone"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 37-37; Author: TAVARES; 04-01-2014 11:01; Weight score: 0]

2.

"porque eu estava lá em baixo, mas também tinha os meus outros dois em casa. Estava a ser muito angustiante para mim..."

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 37-37; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:01; Weight score: 0]*

3.

"Os miúdos, nesse entretanto, tinham ficado da... de um dia para o outro na casa de uma tia, mas ao fim de duas horas vieram ao meu encontro, ficaram felizes, foi uma alegria enorme!"

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 38-38; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:02; Weight score: 0]*

Respostas Parentais no fenómeno da parentalidade em contexto de risco de DPP

Assumindo-se como mãe

Vivendo sentimentos e emoções no exercício da parentalidade

1.

"Foi um parto normal, que é o que eu queria. Eu não queria uma cesariana, fiquei feliz por não ter sido, e foi rápido. Ela tava bem, mas eles aconselharam a cesariana achavam melhor, por ser pequenina. Mas fiz o assunto de esquecido... isso ainda na gravidez."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 15-16; Author: TAVARES; 04-01-2014 7:31; Weight score: 0]

2.

"Eu digo muitas vezes, os meus filhos é que são a minha salvação."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 79-79; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:02; Weight score: 0]

Partilhar os cuidados ao bebé

1.

"A minha irmã algumas vezes, mas eu digo como é que ela está acostumada e as orientações todas e a minha irmã fica com ela. Mas tem de ser como eu digo..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 54-56; Author: TAVARES; 04-01-2014 8:01; Weight score: 0]

Assumindo a responsabilidade pelo bebé

Abdicando de si a favor do bebé

Descrevendo-se como mãe

Reacção perante a confrontação com o bebé

Sentindo insegurança

1.

"Apercebi-me que precisava de ajuda porque não me sentia bem... era sempre aquela angústia, aquela tristeza... a chorar por tudo e por nada pelos cantos, nunca sentindo-me

bem! Falei com a minha avó e ela disse-me que se calhar o parto subiu-me à cabeça... meus pais vieram para cá para casa para me ajudar!"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 53-53; Author: TAVARES; 04-01-2014 7:59; Weight score: 0]

Comparando o bebé

Culpabilização pelas alterações do bebé

Preocupação desmedida com o bebé

Realçando as características do bebé

Conquista do papel maternal

Sentindo-se incompetente para cuidar do bebé

Sentindo dúvidas para o exercício eficaz da maternidade

Sentindo um amor incondicional

Reconhecendo estar emocionalmente perturbada

Sentindo-se Assoberbada pela chegada do bebé

1.

"eu ficava com os miúdos com tudo para cima de mim, o lavar, o vestir, o comer... tudo... ou seja, parecia que eu tava sendo a causa do mal que estava a haver e eu peguei nisso para mim, fui acumulando, acumulando ao ponto de eu não poder aguentar mais..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 73-73; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:06; Weight score: 0]

2.

". Porque é assim: o meu marido não sabe ler nem escrever, eu é que sei! Eu cheguei a estudar até ao 10º ano e, portanto, os miúdos se precisam é eu quem ensino, não é o pai! O pai pode até estar ali presente, mas não é o pai quem ensina. Eu é que ensino! É mais uma tarefa que eu acumulo."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 65-65; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:13; Weight score: 0]

Sentindo-se cansada e extenuada**Tomada de consciência de que é mãe****Sentindo-se ligada ao bebê**

1.

"O meu problema foi querer fazer a ela, aquilo que eu fiz aos outros (chora)."

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 74-74; Author: TAVARES; 04-01-2014
12:05; Weight score: 0]*

Identificando-se como mãe e como tendo um filho

1.

"Para mim o nascimento de um filho é vivê-lo até ao fim. Para mim é... a melhor alegria que pode haver no nascimento de um filho é sofrer por amor, mas é tê-lo até ao fim."

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 21-21; Author: TAVARES; 04-01-2014
11:18; Weight score: 0]*

Percebendo-se com outra responsabilidade

1.

"Sou capaz de me despir pelos meus filhos. Primeiro os meus filhos,"

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 70-70; Author: TAVARES; 04-01-2014
12:08; Weight score: 0]*

2.

"primeiro os meus filhos, eles são crianças precisam muito do apoio meu"

*[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 70-70; Author: TAVARES; 04-01-2014
12:08; Weight score: 0]*

Encarando a dependência do bebê como positiva**Receosa de acontecer alguma coisa ao bebê**

Estratégias utilizadas para lidar com a parentalidade quando em Risco de DPP

Reorganizando as tarefas do dia-a-dia

Prestando cuidados em parceria

Garantindo a sua substituição por períodos

Ajustando as tarefas à presença do bebé

Aprendendo a lidar com situações problemáticas

Reaprendendo a avaliar as situações

Tentando novas estratégias

Aprendendo a cuidar

Recorrendo a redes de apoio formal e informal

1.

"o pai muitas vezes também ajuda,"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 70-70; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:11; Weight score: 0]

2.

"eu sinto que entre... numa casa, os pilares de uma casa somos nós, tanto faz eu como ele, se eu ficar ondulado ou partir, eu sinto que a minha família desaba,"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 70-70; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:11; Weight score: 0]

3.

"E a minha mãe ajuda-me naquilo que pode"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 54-54; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:21; Weight score: 0]

4.

"enquanto o meu marido tá desempregado, sempre quem me apoia é ele que fica uma bocadinho com a pequena ou eu fico com a pequena"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 54-54; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:22; Weight score: 0]

26

5.

"o meu pai também me apoia ao ir buscar o miúdo à escola, já me ajuda na distância naquela porção em que ele vai buscar o miúdo à escola, já consigo fazer a comida em casa um pouco mais descansada"

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 52-52; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:22; Weight score: 0]

6.

"A miúda come na escola, não tenho essa preocupação de ir buscar a miúda, dedico-me à outra... faço a comida para a outra para a miúda."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 52-52; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:22; Weight score: 0]

7.

"entre eu e o pai, porque o pai tá desempregado, sempre me ajuda muito. Uma vez ele faz uma coisa, outras vez faz outras... as tarefas estão divididas entre mim e ele, senão o meu cérebro não aguenta."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 45-45; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:26; Weight score: 0]

Procurando ser criativa e inovadora

Controlando a ansiedade

1.

"Tentar não como era antes, porque antes eu tinha tudo e agora não tenho nada, mas, aos poucos e poucos eu tou tentando recuperar aquilo que me roubaram."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 67-67; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:12; Weight score: 0]

Tornar-se o centro da sua vida

Viver a sua vida ao ritmo da vida do bebé

1.

"A gente tenta arranjar estratégias para combater esse desarimento da miúda, então eu e o meu marido, como o meu marido está desempregado e os miúdos estão na escola, faz-se a

comida de manhã, pega-se na miúda da parte da tarde e vamos passear, porque só assim é que a miúda acalma. E assim eu sossego um pouco a minha cabeça, porque ela já não chora e eu não tou a ouvir o choro da miúda."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 50-50; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:23; Weight score: 0]

Assumir-se como sendo uma entidade separada do bebé

Controlando os medos e receios

Reservando tempo só para si

1.
"De pegar aquele dia e dedicá-lo só para mim. Ao fim e ao cabo, eu sinto falta de tempo só para mim. Eu precisava de férias..."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 61-61; Author: TAVARES; 04-01-2014 12:19; Weight score: 0]

Reorganizando a vida conjugal

Aprendendo a evitar conflitos

Consequências do fenómeno da parentalidade quando em risco de DPP

Transformar-se em mãe

1.

"Entretanto... Eu sabia que era uma menina... as ecografias ajudam nisso, mas sempre tive esperança de ser um menino. Eu queria mais um menino. Mas pronto acostumei-me à ideia e gosto dela mesmo assim."

[Fernanda - Entrevista aos 5 meses Pós-parto; Position: 13-14; Author: TAVARES; 04-01-2014 7:24; Weight score: 0]

Incorporação do papel parental

Deixando-se ser ajudada para se sentir mãe

Autodeterminação na assunção do papel de mãe

Ultrapassando as suas dificuldades

Aprendendo a ultrapassar a exaustão

Aprendendo a verbalizar emoções

Sentindo esperança no futuro

Acreditando que encontrará um ponto de equilíbrio

Modelando o seu autoconceito

Aprendendo a ganhar confiança

Percebendo que terão de ser uma pessoa diferente

Estabelecendo limites para a intervenção de terceiros

Lutando para recuperar a alegria de viver

Aprendendo a assumir as suas decisões

Desenvolver a resiliência

Planeando o futuro

Prevendo novas dificuldades

Prevendo novas preocupações

Planeando mudanças na dinâmica familiar

Planeando determinar limites de influência

Anexo 1 – Entrevista

Como foi a sua gravidez? Como viveu o período da gravidez?

A minha gravidez foi assim: desde o princípio em que foi feito... em que fiquei grávida fui-me queixando sempre até ao fim da cabeça, sempre a minha cabeça. E sentia um cansaço... pequenas tarefas que eu fazia, sentia logo... cansava facilmente. Portanto, não foi uma gravidez fácil para mim, porque por tudo e por nada eu me cansava, diferente das outras duas gravidezes que já tive. Fazia de tudo, melhor nas outras duas e nessa não. Já me sentia naquele tal... sempre cansaço. Todas as vezes que vinha à consulta informava a enfermeira que me queixava da cabeça e estive sempre a queixar-me até ao fim da gravidez da cabeça.

Como se sentiu quando soube que estava grávida?

A primeira reação foi que eu chorei. Não de tristeza! Eu chorei porque, foi assim... eu já desconfiava que estava grávida, mas foi assim mais a reação...! Mais a reação de a receber assim, porque às vezes eu não recorria aos centros de saúde para fazer os testes de gravidez, era mais na farmácia mas, quando fui ao Centro de Saúde fazer, e que deu positivo, a enfermeira disse que deu positivo, eu chorei. Chorei... foi aquela ansiedade de saber que realmente eu estava grávida. Chorei no princípio, mas depois quando vi que tava tudo bem, já fiquei mais conformada, fiquei mais contente. Isso tudo porque não era dos meus planos ainda ter essa gravidez, mais a mais como a vida como estava...

Então pode-se afirmar que ficou preocupada?

Sim! Como a vida está não é fácil, mas depois, que remédio? Fui aceitando e dizendo pronto! Uma criança é uma coisa boa! Antes mais um do que menos um...

E como imaginou viver a sua gravidez?

A minha gravidez dessa menina foi muito diferente das outras. Pensava que esta gravidez ia ser mais parecida com as outras. Porque nas outras duas o meu marido estava a trabalhar, não me faltava nada, a gente praticamente tinha de tudo. E quando fiquei grávida, o meu marido ficou desempregado, não planeamos o desemprego do meu marido. Mas, pronto, eu também pensei já que nós quisemos também havemos de superar isso e tentar caminhar pelo bom caminho que a gente tem que seguir. Mas isso foi sempre uma preocupação durante a gravidez: porque mais um filho é mais uma boca para comer. E a gente tem que ter para dar. A gente sabe que, durante a

gravidez, é aquela fase em que a gente tem que dar a nós mães, temos que nos alimentar bem para a criança vir saudável, para não haver problemas e tudo o mais. Mas... Sentia-me mais frágil. Eu já sou sensível, mas agora, grávida? Eu fiquei bem mais...

E, pronto, a gente também pensa que é assim: a gente planeou uma coisa que a gente pensava que no futuro ia ser como a gente queria e... descambalou ali um bocadinho tudo por causa do desemprego do meu marido. E isso foi um fator que fez com que eu não vivesse a minha gravidez em pleno, pela preocupação, que ainda mantenho.

Entretanto... Eu sabia que era um menino... as ecografias ajudam nisso, mas sempre tive esperança de ser uma menina. Eu queria mais um menino. Mas pronto acostumei-me à ideia e gosto dela mesmo assim.

Como foi quando foi para ter o seu bebé?

Foi um parto normal, que é o que eu queria. Eu não queria uma cesariana, fiquei feliz por não ter sido, e foi rápido. Ela tava bem, mas eles aconselharam a cesariana achavam melhor, por ser pequenina. Mas fiz o assunto de esquecido... isso ainda na gravidez.

Comecei a ter dores a partir da meia-noite, da meia-noite de quarta-feira. Fiquei em casa, decidi aguentar o máximo possível as dores. Umas 7 e pique da manhã, levantei-me da cama e fui lá para baixo para o Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, tive a menina como se fosse pegar, um bem dizer, numa garrafa de gás e ligar ao fogão. Porque eu é que a tive. Cheguei lá baixo, não levou muito tempo, fizeram-me o toque já estava com cinco dedos de dilatação, depois estiveram-me a fazer um inquérito... as perguntas... o que é normal. Depois desceu para oito dedos, fui para a sala de espera para ligarem-me o soro, quando a enfermeira foi fazer-me o toque, já estava com 9 dedos, a enfermeira disse-me para aguentar aguentar que iam preparar a sala de partos, mas eu já não me aguentei a menina veio para fora. Eu pu-la sozinha ao mundo.

Eu só pedia: que ela venha bem! Sem moleste nenhum... eu sabia que ia ser uma niquinha de gente, mas eu só pedia para ela vir com saúde e sem defeito.

Mas estava acompanhada?

Tava com a enfermeira que estava a por as luvas. Mas nesse entretanto de ela por as luvas ela tava a dizer para eu me aguentar, mas não consegui aguentar derivado às dores. E por isso ela nasceu. Nem deu tempo de ir para a sala de partos.

Não fez epidural então?

Não quis. Não quis. Não quis. Não quis. Para mim o nascimento de um filho é vivê-lo até ao fim. Para mim é... a melhor alegria que pode haver no nascimento de um filho é sofrer por amor, mas é tê-lo até ao fim.

Como foi o nascimento?

O nascimento... aquilo foi... Aquilo foi rápido, foi chegar lá baixo a rapariga nasceu. Esperei em casa, porque já tinha esperado da minha primeira filha, já sabia o que era. Do segundo não. Do segundo foi diferente... o segundo menino foi com apenas um dedo de dilatação eu fiquei ligada ao soro lá em baixo em Ponta Delgada até surgir os 10 dedos. Mas dessa menina não, eu já sabia. Dessa, eu já sentia que se fosse mais cedo que não... não ia nascer logo e já. Eu sentia-me psicologicamente preparada para isso e, então, eu preferi aguardar e então... não levou muito tempo

E o momento que o bebé nasceu como foi?

Quando o bebé nasceu eu não senti ele logo a chorar, porque, eu olhei assim para o meu marido e o meu marido olhou assim para mim, e a gente ficou assim naquela... a criança não chora! O que é que aconteceu? A enfermeira então pegou no bebé... porque o bebé em si quando nasceu, ele bebeu... ele tinha feito... ele tinha sujado e ele tinha bebido aquela água da sujidade e ele tava como afogadinho, mas quando ele, ela começou a berrar foi uma alegria para mim. Eu acho que foi importante para me sentir ligada a ele, mas não foi fácil! Até porque eu sentia-me inútil...

A sala tava cheia... não sei... devia ter umas 8/10 pessoas. Num instante encheu: éramos só eu e o meu marido praticamente que estávamos na sala de partos e num instante surgiu ajudantes, mais enfermeiras... eu gostei! Fui um parto mais cheio do que os outros, o que não me fez confusão! Eu gostei.

Como foi a sua ida para a obstetrícia e o seu internamento lá em baixo?

Entre a sala de parto e a sala de obstetrícia, eu já tava dando de mamar à menina fui com ela pelo corredor dando de mamar à menina... Eu queria muito dar. É assim: dos meus outros dois filhos eu dei de mamar até aos seis meses, dessa se não fosse a depressão eu queria tentar dar até aos seis meses, mas não pude (começou a chorar). É assim, dos meus outros dois filhos estava muito bem, dessa é que mexeu mais comigo. Porque aos meus outros dois, eu dei de mamar, nunca tive problemas em dar de mamar... os miúdos paticamente aumentavam muito bem de peso, já com essa menina não (chora)! Com essa menina quando eu principiei dar de mamar não... Ela não aumentava o suficiente! Aumentava só gramas... praticamente 30 a 40 grs por semana. Eu vinha

pesá-la de semana a semana. Por mim eu queria dar mais, queria continuar, mas não. Eu não conseguia... tive de secar o peito, para poder tratar de mim, mas não era o que eu esperava (choro).

E como foi estar no serviço de obstetrícia?

Ah eu gostei muito, gostei muito! Adorei. Fui muito bem tratada pelas enfermeiras. A minha filha sossegava, eu dava de mamar e ela dormia, dava de mamar e ela dormia. Ou seja, parecia que eu tivesse tido a menina, mas ao mesmo tempo parecia que era como se eu não a tivesse, porque ela era muito sossegadinha, não chorava... parecia ser um anjinho que estivesse ali.

Quando eu fui para sala tinha duas colegas que já estavam de saída. Fiquei sozinha até Às sete da noite. Às sete da noite entrou uma colega que tinha tido uma menina. Mas...Depois entrou uma outra no dia a seguir mais tarde. Mas, eu gostei. Eu sentia a minha cabeça sossegada, naqueles dois dias e meio... eu estava sendo bem tratada e a minha filha também... eu gostei de estar lá em baixo... no internamento que eu estive eu gostei!

Como foi para si desde que entrou do Hospital até ao dia que saiu do hospital?

Fui muito bem atendida, muito bem atendida! Foi tudo muito rápido. Nunca me senti com receio porque estava ao pé de gente estranha. Sempre calma sempre normal. Tudo muito bom... desde assistentes, médicos, enfermeiros... Tudo muito bom...

No internamento os enfermeiros também foram muito presentes, explicaram-me todos os cuidados a ter com a menina, desde o banho, à prevenção de acidentes e aos cuidados de saúde. Sempre a explicar o que faziam... só que acho que nos transmitem demasiada informação. Naquele momento o que mais precisamos é de nos habituar aos nossos filhos, saber o essencial, mas ali transmitem-nos informação em demasia... não me recordo de metade. Em três dias foi tanta coisa, que a meio caminho o que eu acho que aprendi foi o banho e porque foi demonstrado... mas não posso dizer que houve falta de apoio, porque não houve... antes pelo contrário.

o apoio era importante, apesar de tudo o facto de elas estarem ali, para nós, é importante! Mas a pressão é grande. Parece que estamos a ser testadas! Mais a mais

ela não tinha peso nem tamanho suficiente... mas isso era porque eu não comia, mas eles não sabiam disso (chora)... e eu choro porque me magoa, porque às vezes eu mal consigo ter dinheiro para elas comerem isso angustia-me muito e o pior é eu não saber o que fazer

Sentiu-se preparada para a alta e para o regresso a casa?

Sentia-me preparada para ir para casa sim, porque eu estava a ficar ansiosa por causa dos meus outros dois filhos que tinham 4 e 7 anos... estavam sempre ao telefone: “Mamã e a gente quando é que vai ver a menina?” Portanto, eu estava também ansiosa para estar também no seio da minha família, porque eu estava lá em baixo, mas também tinha os meus outros dois em casa. Estava a ser muito angustiante para mim...

Quando cheguei a casa... quando cheguei a casa já tinha pessoas à minha espera... tavam à espera de mim: os meus pais, as minhas vizinhas tavam lá também. Os miúdos, nesse entretanto, tinham ficado da... de um dia para o outro na casa de uma tia, mas ao fim de duas horas vieram ao meu encontro, ficaram felizes, foi uma alegria enorme! Mas, eu queria ter só a minha família e descansar... porque não é fácil vir de um hospital e vir para casa, porque a viagem também é longa pelo caminho, e uma pessoa que dá de mamar também precisa de descansar, mas pronto!... eu pensei este momento é único, o vir para casa é único... não acontece mais. É único para mim e para os outros. Para mim tinha ficado mais no sossego, mas isso foi um aspeto positivo, porque são pessoas assim... amigas que gostam sempre de dar uma palavra amiga quando a gente precisa... eu gostei, gostei, gostei! Mas se eu pudesse escolher não tinha recebido ninguém! Preferia primeiro descansar e depois então quem quisesse vir podia vir, porque eu não descansei. Só descansei para a noite, porque eu tive alta praticamente ao meio dia, uma hora, cheguei a casa umas duas horas.

Eu não estou acostumada com muita gente. O fim de semana para mim é péssimo, é péssimo, porque eu tenho toda a gente em casa. E é complicado! É tanto que eu só olho ao bebé e nem ligo aos outros nem a mais nada ainda assim, tenho sempre muitas dúvidas! Será que sou boa mãe? No primeiro mês, todos os dias eu tive gente aqui em casa, todos os santíssimos dias. Se não era gente tava sempre com o bebé a tratar dele...

Quando regressaram os seus filhos a casa?

No mesmo dia que eu cheguei a casa, mas quem tratou deles naquele dia foi o meu marido. Mas nos dias a seguir fui eu. E eu acho que isso ajudou para que eu não descansasse: o dar de mamar, o fazer o de comer, o de limpar a casa, tudo para cima de mim... A pessoa... a reação é realmente entrar em choque.

E as dores de cabeça que referiu ter aquando da gravidez, desapareceram?

As dores de cabeça quando o bebé nasceu sim, não tive... mas voltaram praticamente quando eu comecei a procurar ajuda aqui no centro de saúde, por volta de quando eu deixei de dar de mamar à miúda, para me tratar porque eu não podia me tratar dando de mamar.

Ela não é uma criança fácil. Não é. É uma criança que chora muito. Os gritos dela mete-se na minha cabeça, mas... é uma criança diferente dos irmãos, porque os irmãos eram umas crianças que lavavam, comiam, dormiam... Aquela criança não. Aquela criança, praticamente de manhã até a umas sete oito horas da noite ela absorve uma energia toda de uma pessoa. Não dorme! Ainda por cima tá numa fase dos dentes... é pior ainda. Ou seja, eu tenho que tá praticamente quase 24h sobre 24h com ela... entre eu e o pai, porque o pai tá desempregado, sempre me ajuda muito. Uma vez ele faz uma coisa, outras vez faz outras... as tarefas estão divididas entre mim e ele, senão o meu cérebro não aguenta.

Como é o seu bebé? Alguma coisa nela que a preocupe?

Antes o que me preocupava era aquela coisa ali pendurada na barriga... metia-me tanta impressão só de pensar que tinha de a lavar.

O que me preocupa mais nela é... esta fase porque está a passar muito é o chorar. Porque é uma criança... o chorar dela não é o choro assim de uma criança que chora baixo, é um chorar alto e aquele chorar alto... aquilo... absorve... a minha cabeça logo absorve, absorve aquilo. Mas, eu... eu tento disfarçar... disfarçar o choro da menina, pego nela de um lado para o outro... para tentar calá-la, para o meu cérebro poder descansar, porque ouvindo-a berrar, berrar, berrar, berrar eu não consigo... eu tenho os gritos dela na cabeça. Eu quando estou em silêncio os meus olhos querem-se fechar...

Ela tem muita energia e é uma criança muito ativa. Não é uma criança que esteja sossegada muito tempo num sítio. É muito ativa, a gente tem que pegar nela e... ou deixa um bocadinho na aranha ou pega no colo ou vai para um lado com ela... é uma criança que por si mesmo é ativa e faz com que os pais também o sejam. Porque o pai pega nela por um bocadinho e vai para um lado eu vou também com ela para outro lado: é uma criança muito energética.

A gente tenta arranjar estratégias para combater esse desarimento da miúda, então eu e o meu marido, como o meu marido está desempregado e os miúdos estão na escola, faz-se a comida de manhã, pega-se na miúda da parte da tarde e vamos passear, porque só assim é que a miúda acalma. E assim eu sossego um pouco a minha cabeça, porque ela já não chora e eu não tou a ouvir o choro da miúda.

Qual o apoio que tem? E quem a apoia?

Quem me apoia é o meu marido. A nível dos meus pais, o meu pai também me apoia ao ir buscar o miúdo à escola, já me ajuda na distância naquela porção em que ele vai buscar o miúdo à escola, já consigo fazer a comida em casa um pouco mais descansada. A miúda come na escola,

não tenho essa preocupação de ir buscar a miúda, dedico-me à outra... faço a comida para a outra para a miúda.

Apercebi-me que precisava de ajuda porque não me sentia bem... era sempre aquela angústia, aquela tristeza... a chorar por tudo e por nada pelos cantos, nunca sentindo-me bem! Falei com a minha avó e ela disse-me que se calhar o parto subiu-me à cabeça... meus pais vieram para cá para casa para me ajudar!

E a minha mãe ajuda-me naquilo que pode, mas a minha mãe é uma mulher... é doente não pode fazer mais do que aquilo que faz, porque a minha mãe é um tipo de pessoa que é... (suspira, chorando) ela coitada, ela quer fazer mais do que aquilo que pode, mas... Ela não pode porque ela é uma pessoa doente, quer pegar numa criança um supor... com ela, andar com ela e ir para a cozinha ou ir para outro lado, não pode: tem que tá sentada com a miúda no sofá e a miúda, muitas vezes, não quer tar no sofá sentada com a minha mãe... enquanto o meu marido tá desempregado, sempre quem me apoia é ele que fica uma bocadinha com a pequena ou eu fico com a pequena, mas assim... mais ajuda de outras pessoas eu não tenho... A minha irmã algumas vezes, mas eu digo como é que ela está acostumada e as orientações todas e a minha irmã fica com ela. Mas tem de ser como eu digo...

Que apoio gostava de ter?

Eu gostava assim, que houvesse assim, alguém assim... um supor: que pensasse assim que eu preciso de ajuda e que pudesse pegar nos meus filhos assim, um dia, ou um familiar meu que pegasse num dia para a sua casa, mas sem interesses... pegasse nos miúdos para a sua casa, mas sem interesses... que dissesse assim: bem ela tá a precisar de ajuda ou mesmo o marido. Um supor: esse fim de semana a gente fica com os miúdos.

Mas quando diz sem interesses, o quer dizer?

Sem nada em troca. Sinto que querem sempre alguma coisa em troca. Porque é assim: quando a gente faz as coisas de boa vontade, não é preciso a gente um dia mais tarde dizer assim: eu fiz! Dizer assim: eu fiz isso tens agora também de fazer o que te fiz...

O que ia fazer com esse tempo?

Ia tentar descansar! Sinto-me muito cansada. Tentar descansar e tentar abdicar das tarefas... tar a fazer muita tarefa, muita tarefa... abdicar um pouco e dizer assim: "bem, aquele dia é só meu". É tal e qual a uma folga: eu tou de folga eu tenho de aproveitar aquela folga. De pegar aquele dia e dedicá-lo só para mim. Ao fim e ao cabo, eu sinto falta de tempo só para mim. Eu precisava de férias...

Como se sente de um modo geral?

Antes de aparecer essa doença, eu tinha a minha alegria... apesar de ter na gravidez dores de cabeça, mas eu tinha a minha alegria, tinha a minha alegria! A nível da convivência com os meus filhos no ajudar, de fazer as coisas, fazia. Assim, brincar com as crianças, ver as crianças a brincar na piscina... tinha a minha alegria. Mas depois a minha alegria desapareceu...

Desapareceu?

Desapareceu porque... não sei! Parece até que... roubassem a minha alegria, que deixassem um vazio de dentro de mim. Isso aconteceu depois de ter tido a minha filha, quando eu comecei a sentir que tava a fazer de tudo para dar de mamar à minha filha e não conseguia. Eu sentia que... (chorosa) eu queria ajudar, apesar de ela tar a consumir-me muito a energia, que eu queria dar aos outros a minha atenção e o meu tempo e eu não podia, naquela altura eu tava a dar de mamar ou bem haveria dar de mamar ou bem haveria de olhar pelos miúdos. Porque é assim: o meu marido não sabe ler nem escrever, eu é que sei! Eu cheguei a estudar até ao 10º ano e, portanto, os miúdos se precisam é eu quem ensino, não é o pai! O pai pode até estar ali presente, mas não é o pai quem ensina. Eu é que ensino! É mais uma tarefa que eu acumulo.

Às vezes uma pessoa está tão em baixo, tão em baixo, tão em baixo, que aquelas coisas positivas que uma pessoa tinha na ideia... Acabou. Mas se me perguntar o que possa ter levado a isso, eu não sei. Não sei, talvez fosse demasiada pressão sobre mim, talvez tenha sido eu fazer tudo... ter tudo em cima de mim e ter dado no que deu...

Um Supor: um ladrão é preso por roubar, mas eu não roubei. Eu sinto que me tiraram a alegria que eu tinha. Mas, eu penso assim: se um ladrão foi para a cadeia, é porque roubou, mas eu não roubei, não matei, então tenho de tentar recuperar aquilo que eu tinha que era meu. E é nessas coisas que eu tento por na minha cabeça, alegria, a minha alegria que se foi embora. Tentar não como era antes, porque antes eu tinha tudo e agora não tenho nada, mas, aos poucos e poucos eu tou tentando recuperar aquilo que me roubaram. Tou tentando psicologicamente e interiormente, obter pouco e pouco a minha alegria de volta, porque eu quero a minha alegria de volta, eu quero o que é meu de volta.

E por isso o meu maior medo, neste momento, é o meu marido não me conseguir aguentar a nível da minha depressão, não me conseguir compreender e de me deixar, é o meu maior medo.

Esse é o seu maior medo?

É o meu maior medo. Eu não era melhor do que ninguém, tentava erguer a cabeça, criava os meus filhos. Sou capaz de me despir pelos meus filhos. Primeiro os meus filhos, não o meu

marido. Também ele pode precisar de mim e eu preciso dele, mas primeiro os meus filhos, eles são crianças precisam muito do apoio meu. Não digo muito o do pai, porque os trabalhos de casa sou eu, para cuidar deles do comer, que o pai muitas vezes também ajuda, mas... eu sinto que entre... numa casa, os pilares de uma casa somos nós, tanto faz eu como ele, se eu ficar ondulado ou partir, eu sinto que a minha família desaba, porque o meu marido nunca mais tem força suficiente para os três. E eu não quero que os meus filhos passem por aquilo pelo que o pai passou. O pai quando era miúdo devia ter uns doze anos, teve de deixar de estudar para alimentar uma família de treze filhos, que a mãe teve e só teve apenas a 1ª classe e eu não quero isso para os meus filhos.

O facto de ter amamentado praticamente cinco semanas, representa para si o quê?

O facto de só ter amamentado quase cinco semanas, representa um insucesso para mim. Eu queria dar mais (choro). Eu tinha um objetivo para cumprir... isso para mim é como uma mágoa que eu vou levar um dia quando morrer para a cova comigo... (chorou)

Também naquela altura, enquanto eu também tava a dar de mamar, o meu marido também não estava a compreender as minhas reações com ele, porque eu explodia facilmente porque sentia-me sobre pressão, foi tudo para cima de mim, tudo para cima de mim. Muitas vezes ele virava-me as costas e ia-se embora... eu ficava com os miúdos com tudo para cima de mim, o lavar, o vestir, o comer... tudo... ou seja, parecia que eu tava sendo a causa do mal que estava a haver e eu peguei nisso para mim, fui acumulando, acumulando ao ponto de eu não poder aguentar mais...

O meu problema foi querer fazer a ela, aquilo que eu fiz aos outros (chora).

Mas a relação com o meu marido, neste momento tá muito melhor do que já estava. Porque quando foi-me diagnosticado esta depressão as coisas não estavam boas, porque o serviço era todo para cima de mim, ele ia para a loja jogar cartas, eu ficava praticamente com os miúdos tudo em casa. Muitas vezes, quando vinha para casa comia, depois voltava a sair, depois só aparecia à noite em casa, ou seja, apesar dele está desempregado era muito tempo eu tar a fazer tudo sozinha. Era mais fácil compreender se ele estivesse a trabalhar, mas não trabalhando e apenas... ou seja, eu sentia que a atenção que ele devia dar a mim não tava a dar a mim, dava aos de fora. Não são os de fora que são a mulher dele, sou eu, e quem precisa de ajuda sou eu.

Acho que é só... embora o meu marido podia esforçar-se mais. Ele podia ser mais companheiro, ele não é muito companheiro, ele gosta mais é de estar por fora com os amigos. E isto desgosta-me...

Acho que não. Acho que praticamente já se falou sobre tudo. Estou a levar um dia de cada vez, aquilo que costumava a fazer tudo sobre pressão, tou... um supor: nas tarefas de casa, quando

fazia tudo sobre pressão, quando eu vejo que o meu cérebro está a começar a esgotar, eu paro deixo as coisas por fazer: se não fizer hoje, faço amanhã, se não fizer amanhã, faço depois.

Não quero voltar a sentir, como já me senti, porque já me vi, quando às vezes estou muito sozinha, já me vi pendurada numa corda, pendurada nos postos de luz pendurada numa corda, já me vi em casa pendurada na... no quarto enforcada lá, enforcada no corrimão. Já me vi, eu mesma já me vi a mim. Mas eu digo: não, não vais destruir a minha cabeça. Eu estou aqui pelos meus filhos. Não vais destruir a minha cabeça. Mas essa já foi uma vontade minha. E de vez em quando ainda vem, mas eu desligo, eu tento tirar isso fora da minha cabeça. Quando essa coisa negativa começa logo na minha cabeça, começo logo a tentar desviar e a criar uma estratégia de pensar em coisas positivas, como por exemplo os meus filhos, eu tenho que sobreviver para eles. Eu não pedi para vir para este mundo, também não quero ir-me embora assim. Eu quero criar os meus filhos e quando chegar à hora de eu morrer, eu hei-de morrer, mas não me suicidando. Só se for por uma causa natural, mas não me suicidando. Eu digo muitas vezes, os meus filhos é que são a minha salvação.

Anexo 7
Exemplo de um memo

Memo Analítico

(Insucesso na Amamentação como fator perturbador)

Data: 18 de janeiro de 2013

Toda a mulher tem um plano para o seu pós-parto. Seja ele mais formal ou menos formal, consta das expectativas da mulher um conjunto de acontecimentos que, de uma forma ou outra, contribuirão para que se sinta mais mãe. O caso da amamentação é, porventura, a situação mais dilemática do conjunto de decisões que a mulher tem de tomar. Se, por um lado, os baixos índices de adesão são uma realidade, por outro parece haver um número crescente de mulheres que estão dispostas a experimentar esta prática, decidindo, *A posteriori*, pela sua continuidade ou desistência, sendo que muitas vezes na base dessa decisão estão fatores como o apoio que se tem, o conhecimento que se detém, mitos e crenças, bem como a pressão para (não) amamentar a que está sujeita.

A verdade é que estabelecer a amamentação não é tarefa fácil, fruto do marketing que se vive atualmente. Não só se espera que todos os bebés sejam Nestlé, como se quer implementar as práticas observadas nos programas televisivos. Recorde-se que, normalmente, as atrizes que amamentam ou são escravas, amas-de-leite ou/e desfavorecidas. Em contrapartida, todas as que “se apresentam bem” ou têm amas-de-leite ou dão biberão.

Ainda assim, existem algumas mulheres que, tendo tido pontos de referência positivos no passado, têm o desejo de amamentar e estabelecem projetos de amamentação. É o caso da Fernanda que visitámos hoje. A Fernanda por ter amamentado os outros filhos até poder, tinha estabelecido amamentar o seu terceiro filho pelo menos até aos 6 meses de vida, no entanto porque o seu estado emocional assim o

justificou, houve necessidade de consultar um psiquiatra para avaliar o seu estado emocional e psíquico, tendo-lhe sido diagnosticado uma depressão pós-parto e recomendada medicação que, se ela concordasse em tomar teria de abdicar de amamentar. Perante os argumentos médicos, a Fernanda optou por desistir de amamentar e iniciar a terapêutica prescrita, todavia sem sucesso, uma vez que o seu estado emocional se agravou perante a desistência de amamentar. Até que ponto a desistir de amamentar pode ser um fator desencadeante/agravante de problemas emocionais? Será que a amamentação se constitui como fator protetor da DPP ou como fator contributivo?

Como refere a Fernanda, o fato de apenas ter amamentado 3 meses, para si representa um insucesso, acrescentando que é uma mágoa que a acompanhará até morrer.

Tristeza, desilusão e culpa são alguns dos sentimentos que nos parecem estar presentes. Tristeza por desejar dar de mamar e não poder fazê-lo, apresentando um fâcies contraído, olhar pouco expressivo e vazio. Desilusão por não ter completado o seu plano de amamentação. Culpa, por ter feito diferente com os outros filhos do que foi com esta, por ter adoecido e por não conseguir reagir como gostaria, manifestando-se com choro e a descoordenação motora do filho durante a mamada.

Será que os próprios profissionais de saúde estão sensibilizados para a importância da amamentação? Será que a medicação prescrita inibia mesmo a prática da amamentação? Não poderia ser prescrita outra medicação que, controlando a sintomatologia depressiva, não implicasse a desistência da amamentação e, assim, não agravar-se-ia o quadro depressivo. Um apoio mais próximo por parte dos enfermeiros poderia ter possibilitado uma decisão mais fundamentada e dialogada como o psiquiatra. Afinal, não é também nossa função Advogar os interesses dos nossos clientes? Não seremos nós, um dos principais responsáveis pelo sucesso do aleitamento materno e bem-estar das mães/lactentes? Não será a falta de apoio e de informação, quer das mães quer dos profissionais de saúde (porque ainda existe!) que as leva a que se sintam inseguras, a que sejam forçadas a tomar decisões que não desejam?

Anexo 8
Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar no trabalho de investigação para a tese de doutoramento com o título provisório *Transição para a parentalidade e a saúde mental das mulheres* participando na entrevista que será realizada, atendendo à seguinte informação:

- 1) O trabalho tem como objetivo geral: Explicar o processo de transição para a parentalidade das mulheres em risco de DPP.
- 2) Os dados são colhidos através de uma entrevista, utilizando o gravador como recurso para reter a informação.
- 3) Após a recolha de dados, far-se-á a transcrição das entrevistas e eliminados os registos gravados;
- 4) Não se preveem quaisquer danos ou efeitos colaterais potenciais;
- 5) Os benefícios relacionam-se com a construção uma teoria explicativa do processo de transição para a parentalidade das mulheres em risco de DPP, contribuindo para a construção da disciplina de enfermagem.
- 6) A participação é voluntária, pelo que fica salvaguardado o direito à recusa, neste momento ou posteriormente, pelo que pode interromper a sua colaboração a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
- 7) A privacidade das participantes fica completamente salvaguardada e respeitada, não sendo conhecida a sua identidade por ninguém, exceto pela autora deste trabalho;
- 8) Em caso de dúvida, necessidade de informação adicional ou reclamação relativamente a este trabalho, os estudantes participantes podem contactar a autora deste trabalho, pelo que fica em seu poder o seu contacto, devendo para isto guardar consigo a folha seguinte.
- 9) Este documento será assinado pela participante e pelo entrevistador, ficando um exemplar na posse de cada um dos intervenientes.

Contacto do Autor do Trabalho:

Márcio Filipe Moniz Tavares

Telemóvel 965133861

mfm.tavares@hotmail.com

Eu, Márcio Filipe Moniz Tavares, expliquei os objetivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correto entendimento.

Data: __/__/__

Assinatura do entrevistador _____

Eu, _____, compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o trabalho de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar as perguntas que julguei necessárias e considero ter obtido resposta satisfatória a todas elas.

Data: __/__/__

Assinatura do (a) Participante: _____

